

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO
CEARÁ: O CASO DE URUBURETAMA**

MARIA MARLENE MARQUES ÁVILA

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Jane Dutra Sayd

Rio de Janeiro
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

A958 Ávila, Maria Marlene Marques.
 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde
 no Ceará: o caso de Uruburetama / Maria Marlene
 Marques Ávila. – 2006.
 158f.

 Orientadora: Jane Dutra Sayd.

 Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de
 Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Brasil) – Ceará –
Teses. 2. Saúde comunitária – Auxiliares – Ceará – Teses. 3.
Cuidados primários de saúde – Ceará – Teses. I. Sayd, Jane Dutra.
II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253.5

Para José,
Érico, Bruno, Olívia, Fernanda e Nadjer
Para Vinicius e Felipe que por vezes fazem a felicidade
transbordar nos meus dias...
A vocês dedico esse trabalho
Causa de tantas ausências...tantas saudades...

Agradecimentos

A todos que de alguma forma me ajudaram nessa caminhada.

Incentivando-me - meus amigos.

Deixando-me livre pra buscar mais um sonho - minha família.

Acompanhando-me no inicio da jornada - Lucia, Ilvana, Nadia, Maia e Cecília.

Acolhendo-me e mostrando caminhos - Jane.

Ajudando-me nas reflexões - Lucia, Eduardo, Sonia, Luiz Antonio, Ernani.

Recebendo-me - Otavio e seus familiares.

Dividindo comigo tempo, trabalho, conhecimentos, expectativas, decepções, esperanças, mas sobretudo vida - mães e agentes de saúde.

Muito obrigado!

“Na percepção dialética, o futuro com que sonhamos não é inexorável. Temos de fazê-lo, de produzi-lo, ou não virá da forma como mais ou menos queríamos. É bem verdade que temos de fazê-lo não arbitrariamente, mas com os materiais, com o concreto de que dispomos e mais com o projeto, com o sonho porque lutamos” (Paulo Freire).

RESUMO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde institucionalizado em 1991, caracteriza-se como a primeira estratégia em escala nacional para a atenção primária no Brasil, sendo a segunda, o Programa Saúde da Família (PSF). No Ceará o trabalho com agentes de saúde existe desde 1986, configurando-se como uma inovação do primeiro governo Jereissati na área da saúde pública. Esse estudo objetivou identificar e discutir as práticas das agentes de saúde na comunidade. Partindo de um grupo específico, o de crianças de 0 – 12 meses, foi possível conhecer melhor as atividades realizadas, a interação agente de saúde/família, as dificuldades enfrentadas e algumas características das relações do agente de saúde com os demais profissionais da equipe de saúde da família (ESF). As técnicas que facilitaram esse conhecimento foram a observação, a entrevista e o grupo focal. O campo de estudo foi o município de Uruburetama-Ceará, e o principal critério para essa escolha, a taxa de mortalidade infantil (MI) referente ao ano de 2002, ano em que o município ficou entre os treze com MI acima de 40/1.000 nascidos vivos no Ceará. O estudo acompanhou 23 crianças nascidas em agosto de 2004, concluindo-se a pesquisa de campo em agosto de 2005. Nesse período o município contava com cinco equipes de PSF e trinta agentes de saúde, das quais quinze acompanhavam famílias em que nasceram crianças no mês de início da pesquisa, constituindo-se assim nas principais informantes do estudo juntamente com as mães. Com base na categoria analítica agente educador, foram identificadas as categorias empíricas: a agente de saúde com conhecimentos insuficientes, a agente de saúde impotente diante dos determinantes socioeconômicos e o tema “práticas de saúde descontextualizadas das condições sociais”; Com base na categoria analítica agente elo, chegou-se às categorias empíricas: a agente porta de entrada do PSF e a agente pau pra toda obra, além do tema uma relação de conflitos; no entanto, para a categoria analítica agente de controle sanitário, não identifiquei nenhuma categoria empírica. Conforme a discussão das categorias e temas identificados demonstrou, as agentes de saúde precisam ser melhor capacitadas para desenvolver suas atividades; ações rotineiras como a orientação da alimentação infantil e monitoramento do crescimento precisam ser reforçadas; as agentes não estão habilitadas para uma compreensão mais ampla dos problemas vivenciados pela comunidade e portanto para a discussão das possíveis soluções e encaminhamentos; há um excesso de atribuições e lhes falta conhecimento para o exercício de algumas destas atribuições e tempo para outras; as agentes se ressentem de maior apoio na ESF, e sua relação com demais componentes da equipe é conflituosa. O estudo aponta a necessidade de reforçar a capacitação das agentes de saúde, mas prioritariamente, antes de qualquer capacitação para as ações específicas que realizam rotineiramente é preciso formá-las como educadoras sob a perspectiva da educação popular em saúde.

Palavras-chave: Agentes de saúde; práticas de saúde na atenção primaria; educação popular em saúde.

ABSTRACT

The program of community health agents was institutionalized by the Department of Health in 1991, which preceded the Family Health Program, was the first strategy of its kind on a national scale to bring attention to improving health in Brazil. In Ceará, this program has been existence since 1986, as the first innovation of governor Jereissati, in the area of public health. This study's objective is to identify and discuss the practices of health agents within the community. Interactions between a specific group of infants in their first year of life and community health agents were followed and examined using individual interviews, focus groups, and field observations to gain a greater understanding of the common practices and the obstacles faced by these health agents. The unique characteristics and social interactions between health agents and the families they are servicing as well as other family health care professional teams were also examined. The study took place in Uruburetama, Ceará, a town which met the criteria of having an infant mortality rate above 40/1000 LB, according to the System of Information of Basic Attention for 2002, the year of this projects planning stage. This study followed 23 infants born between August 2004 until the conclusion of the study in August 2005, a total of 15 participant families were assisted by five teams of PSF and 30 health agents during this time period, working in unison with the mothers of the infants; agents and mothers were the principal source of information of this study. By looking at the analytical category of the health agent as an educator, it was empirically identified that these health agents have an insufficient knowledge of the root causes and consequences of the social-economic determinants of health, which perpetuates problems within the community highlighting the theme that taught health practices and information are taken out of context of reality; an underlining inability to link socio-economic determinants of health to practical information that can assist the family was observed, although these health agents, whose work encompasses many activities, were principally able to facilitate the families in accessing other adequate medical and nursing services offered by PSF. For the analytical category of sanitary control, no empirical differences were identified. This paper argues that health agents, although capable to perform specific activities within the community are unqualified and ill prepared to broadly comprehend how the problems faced by the families are connected to larger issues concerning the social-economic determinants of health. A need for popular education concerning health may be able to address the issue of there being an excess of specific activities in which the health agents can provide, yet a lack of time and knowledge to properly execute these activities; creating resentment towards the lack of support within the PSF team and instigating conflicts between the agents and other professional perspectives, ultimately interfering with the procurement of practical solutions to assist the community. The aim of this study is to reinforce the need of proper qualification of health agents, by placing priority beyond the qualification of specific routine practices, but to train health agents as educators in health under the popular education of health perspective.

Keywords: health agents; primary care health practices; popular health education

SUMÁRIO

1. Introdução	09
2. O percurso metodológico.....	18
2.1 O Campo da pesquisa.....	18
2.1.1 O perfil epidemiológico da população infantil de Uruburetama.....	20
2.2 Os atores sociais.....	22
2.2.1 A abordagem inicial.....	22
2.2.2 A constituição do grupo da pesquisa.....	23
2.2.3 Como se deu a coleta e o registro das informações	24
2.2.3.1 Com o grupo de mães.....	24
2.2.3.2 Com o grupo de agentes de saúde.....	28
2.2.3.3 Outros informantes.....	30
2.3 Análise das informações.....	31
3. As estratégias de atenção primária em saúde.....	33
3.1 Um breve olhar sobre a organização da assistência à saúde no Brasil	33
3.2 As estratégias de atenção primária em saúde (APS) no Brasil.....	35
3.2.1 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde.....	37
3.2.2 O Programa Saúde da Família.....	41
3.3 O contexto sociopolítico em que se desenvolveu a APS no Ceará.....	45
3.4 O modelo assistencial de saúde no Ceará.....	52
3.4.1 As estratégias de APS no Ceará.....	53
3.4.1.1 O Programa Agentes de Saúde no Ceará.....	54
3.4.1.2 A transição PAS/PSF.....	59
3.5 O papel social do agente de saúde.....	62
3.6 O educador popular em saúde: um papel à espera de ator na atenção primária.....	64
4. A família no contexto da atenção primária.....	70
4.1 O nível local: o contexto demográfico.....	70
4.2 O perfil socioeconômico.....	72
4.3 Contextualizando os indicadores de saúde materno-infantil.....	74
4.4 As famílias acompanhadas pela pesquisa.....	79
4.5 As estratégias de sobrevivência.....	80
4.5.1 A situação econômica.....	80
4.5.2 A educação.....	82
4.5.3 As condições de moradia.....	82
4.5.4 As doenças no primeiro ano de vida.....	83
4.5.5 A alimentação	88
5. As agentes de saúde e os difíceis caminhos da atenção primária.....	96
5.1 A agente educadora no contexto da pesquisa.....	99
5.1.1 A agente de saúde com conhecimentos insuficientes.....	101
5.1.2 A agente de saúde impotente diante dos determinantes socioeconômicos.....	106
5.1.3 O tema identificado: práticas de saúde descontextualizadas das condições sociais.....	110

5.2 A agente elo.....	112
5.2.1 A agente porta de entrada do PSF.....	113
5.2.2 A agente pau pra toda obra.....	114
5.2.3 O tema identificado: uma relação de conflitos.....	122
5.3 A agente de controle sanitário.....	128
6. Considerações Finais.....	129
Referencias.....	139
Anexos.....	148
Apêndices.....	153

1. Introdução

No contexto de mudança do modelo assistencial da saúde da população brasileira, duas estratégias de atenção primária têm sido utilizadas pelo Ministério da Saúde (MS): O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

Nacionalmente, o PACS configurou-se como a primeira dessas estratégias a ser implementada, criado para ajudar na promoção e prevenção da saúde no âmbito domiciliar e local, por meio de ações simplificadas e conforme os pressupostos da Conferência de Alma-Ata. Ao priorizar inicialmente as crianças e mulheres em idade fértil, cumpriu-se um importante papel na reorganização da atenção básica pela forma de trabalho fundamentado nas noções de área de cobertura e ações preventivas. Para isto propôs a substituição da ênfase da cura pela promoção da saúde. O principal ator dessa estratégia foi o agente de saúde.

A segunda estratégia é o PSF. Este, de acordo com o MS, deve ser entendido como:

modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – é reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (Brasil, 1997, p. 9).

Ainda de acordo com o MS, “o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” são as principais características do PSF. Composto por uma equipe multiprofissional, assimilou o agente de saúde, representando a ponte entre os demais profissionais da equipe e a comunidade. Nesse estudo, esse termo designa as famílias acompanhadas pelas equipes do PSF no primeiro nível de atenção.

Entre as atribuições definidas pelo MS como próprias dos agentes de saúde, sobressaem aquelas em que são vistos como educadores e como elo entre o serviço de saúde e a comunidade (Brasil, 1994).

Em minha percepção, a principal atribuição seria a da educação, enquanto o elo seria uma consequência natural do papel desse agente educador na comunidade. Para cumprir devidamente o papel de educar, os agentes de saúde, além de deter um bom conhecimento da comunidade onde atuam, necessitam cultivar a interação agente/família e receber subsídios técnicos que os habilitem para tal.

De acordo com Vasconcelos (2001), a compreensão pelos profissionais de saúde de quem é seu educando e do contexto social onde vive, e qual seu próprio papel no processo de transformação deste contexto, é a condição *a priori* da educação em saúde. Essa é também a percepção de Valla (1993). Segundo este autor, a compreensão do outro, do seu contexto de vida como determinante da saúde/doença na comunidade, é condição necessária para superar o impasse existente entre os profissionais de saúde e a população.

Ao definir o agente de saúde como um “agente de mudanças” (Brasil, 2000) a par de ser um educador, o MS deixa entrever que as ações promovidas por esse agente estão calcadas na educação popular. Um dos seus maiores propagadores foi o educador Paulo Freire, e é na perspectiva freireana que esse estudo abordará o trabalho dos agentes de saúde.

Numa pesquisa anterior para a minha dissertação de mestrado, focalizando as práticas da líder pastoral me deparei com alguns aspectos relacionados ao trabalho do agente de saúde. Naquele estudo pesquisei sobre a disseminação da multimistura pelas voluntárias da Pastoral da Criança. Como nutricionista, chamava-

me a atenção a facilidade aparente com que a Pastoral conseguia introduzir entre as mães de crianças desnutridas, um novo hábito alimentar. Identifiquei então algumas comparações feitas pelas mães acompanhadas pela Pastoral da Criança e também pelo Programa de Agentes de Saúde em Fortaleza-Ceará, entre as ações similares realizadas pelos dois programas. Eram bem mais receptivas à Pastoral da Criança e as líderes pastorais gozavam de maior credibilidade junto às famílias que os agentes de saúde (Ávila, 2000). Por que isso ocorria, foi a pergunta que impulsionou inicialmente a presente pesquisa.

Um dos meus pressupostos era que as estratégias de abordagem faziam esta diferença, pois enquanto a Pastoral da Criança é movida pela mística cristã da solidariedade; o agente, como trabalhador de saúde, era visto pelas famílias como alguém para quem a visita domiciliar é apenas mais uma atividade que precisa cumprir, portanto uma obrigação. Naquela ocasião, isto ficou claro em alguns dos depoimentos das informantes. Deste modo, rompe-se a característica da solidariedade percebida pela comunidade nas ações pastorais, e que supostamente também deveria caracterizar as ações dos agentes de saúde.

Assim, a tentativa de esclarecer como ocorre a relação família/agente de saúde foi o motivo condutor dessa pesquisa e na busca de respostas parti inicialmente de alguns pressupostos, quais sejam:

1. Os agentes lidam com realidades que são traduzidas no sistema de saúde, por meio de informações epidemiológicas, cujos dados são por eles coletados e/ou produzidos, sendo essa ação a principal medida de suas atividades, daí priorizarem esse aspecto. No entanto, tais informações são insuficientes para dar conta da diversidade de fatores implicados na atividade do agente como educador e elo entre a comunidade e o sistema de saúde;

2. A prioridade aos aspectos epidemiológicos, ou mensuráveis, implica a perda de qualidade da relação agente de saúde/família, trazendo prejuízos para o aprofundamento do vínculo bem como da melhor compreensão dos problemas enfrentados no dia-a-dia das famílias acompanhadas;

3. O AS não é capacitado para compreender/lidar com os determinantes sociais, de doenças como, por exemplo, a desnutrição, diarreias, infecção respiratória aguda (IRA) e outras doenças infantis características das populações socialmente desfavorecidas, as quais, na verdade são o lado mensurável de todo um complexo quadro social em que vivem milhões de famílias brasileiras, sobretudo as famílias nordestinas.

Esses pressupostos me levaram a refletir sobre o papel desempenhado pelos agentes de saúde, na qualidade de educadores, na situação de vulnerabilidade social das famílias por eles acompanhadas.

Segundo defende Oliveira (1995), a vulnerabilidade social se traduz de várias maneiras, entre estas destaco, porque identificam o contexto social no qual se realizou a pesquisa, a vulnerabilidade econômica, a de gênero, e a regional.

Do ponto de vista econômico, são vulneráveis as famílias que vivem abaixo da linha de pobreza ou imediatamente acima dela e que nesse estudo constituem a maioria; a vulnerabilidade do gênero feminino está aqui relacionada por ser a mulher a figura central no cuidar da família; e por fim, a vulnerabilidade regional: são famílias nordestinas, de áreas rurais do Ceará, região brasileira que historicamente apresenta indicadores socioeconômicos desfavoráveis em relação ao Sul e Sudeste do país.

A essas vulnerabilidades referidas por Oliveira (1995) acrescento a que denomino de “vulnerabilidade educacional”, que se refere à baixa escolaridade ou ausência de educação formal de pessoas que não completaram o primeiro ciclo do ensino fundamental, ou que não sabem ler e escrever fluentemente. Este é fator amplamente citado na literatura como relacionado às condições de saúde, e são vulneráveis, sob essa perspectiva, as pessoas integrantes do contexto pesquisado.

Como descreve meu primeiro pressuposto, o critério que determina o atendimento da demanda em saúde é o da relevância epidemiológica. As necessidades advindas da vulnerabilidade social não determinam a oferta dos serviços de saúde, apesar da sua estreita relação com os principais problemas que compõem a demanda e a pretensa característica dos programas na atenção primária, de promoção e prevenção.

Esse é possivelmente o principal obstáculo para a ação educativa em saúde: Como realizar tal ação descontextualizada das condições de vida concretas da população? Os indicadores epidemiológicos são reflexos de quais condições políticas, econômicas, educacionais, culturais? Como o agente de saúde e educador lida com essa realidade?

Esses questionamentos me levaram a definir como objetivo do estudo:

- Caracterizar as práticas desenvolvidas pelos (as) agentes de saúde com a criança de 0 – 12 meses e o processo de interação agente de saúde/família no contexto da atenção primária.

Na realização da pesquisa, a primeira dificuldade foi como delimitá-la. Dadas as várias atribuições dos agentes de saúde, que trabalham preferencialmente com os grupos denominados pelo MS como prioritários e com os quais desenvolvem programas específicos (o grupo materno-infantil, os diabéticos, hipertensos,

tuberculosos e os hansenianos). Resolvi então escolher entre esses grupos prioritários o das crianças menores de 1 ano de idade. Tal escolha justifica-se por estarem entre as ações educativas desenvolvidas com esse grupo aquelas relacionadas com a promoção da alimentação adequada no primeiro ano de vida e a vigilância da saúde mediante o crescimento, objetos mais próximos da minha prática profissional, apesar de o estudo pretender o foco mais amplo da interação agente/família.

Escolhido o grupo a ser observado, faltava determinar o campo do estudo. Lancei mão então de um dos indicadores epidemiológicos mais referidos como tradutores de saúde da criança – a taxa de mortalidade infantil (TMI).

Por meio dos indicadores de saúde infantil fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no Ceará, referentes ao ano de 2002, identifiquei os municípios com pior desempenho em relação a esse indicador. Havia treze municípios com mortalidade infantil acima de 40‰, e em 86 municípios observou-se o coeficiente de mortalidade infantil acima de 25‰, meta estadual traçada para 2002 (Ceará, 2002; 2002b). Portanto, 46,7% dos municípios cearenses não lograram alcançá-la. De acordo com pesquisas pontuais nesses municípios, as principais causas do óbito infantil foram em primeiro lugar a diarreia e em segundo as infecções respiratórias agudas, doenças essas já apontadas pela primeira Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará (PESMIC I), realizada em 1987, como maiores causas de óbito infantil no Estado. A partir de então foram desencadeadas as medidas de combate e prevenção. Segundo outra informação relacionada ao óbito infantil no estado, em 2002, 54% das crianças que morreram no primeiro ano de vida tinham desnutrição (Leite e cols., 2002; Sousa e cols., 2000).

Entre os municípios com MI acima de 40%, o mais acessível em termos de distância era Uruburetama. Escolhi-o, então como campo da pesquisa.

À época do trabalho de campo o município contava com trinta agentes. Destas, 29 eram mulheres. Assim, sempre que me referir as agentes de saúde, no contexto do estudo, usarei o feminino.

As informantes principais do estudo foram as mães que deram à luz no mês de agosto de 2004, em número de 23, e as agentes de saúde que as acompanhavam, em número de quinze. O trabalho das agentes foi acompanhado durante todo o primeiro ano de vida das crianças, iniciando-se em agosto de 2004 e concluindo-se em agosto de 2005, com a finalidade de observar todas as ações realizadas, e a partir daí, identificar e discutir as suas práticas.

Conforme se desenvolvia o trabalho de campo, os aspectos relacionados à relação agentes/famílias, agentes/equipe de saúde, sobrepuseram-se e constituíram o material mais amplo a ser compreendido.

Os subsídios para isso foram dados pela observação das ações realizadas diretamente nas residências das famílias, durante as visitas, que tanto fiz sozinha como acompanhando as agentes de saúde, e na secretaria de saúde, quando participei de reuniões com agentes de saúde e outros profissionais da equipe de saúde da família; por entrevistas com mães, agentes de saúde, enfermeiras (os) e o coordenador do PSF no município. Como forma de aprofundar o conhecimento sobre o trabalho das agentes de saúde, organizei dois grupos focais, dos quais também participaram agentes que não tinham sido observadas, porque entre as famílias por elas acompanhadas não havia nenhuma criança nascida em agosto/2004. Para subsidiar as informações sobre a origem e evolução do Programa de Agentes de Saúde (PAS) no Ceará, foram entrevistados o principal

responsável pela experiência de agentes de saúde no Ceará e incentivador de sua institucionalização e a atual presidente da Federação de Agentes de Saúde do Estado do Ceará (FASEC).

Com base nas atribuições dos agentes de saúde, preconizadas pelo MS, elegi como categorias centrais de análise o agente educador, o agente elo e o agente de controle sanitário.

Como determinado pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, instituição parceira no Programa de Pós-Graduação que possibilitou essa pesquisa.

Para a apresentação desse estudo adotei a seguinte estrutura: a introdução, com as informações gerais sobre a pesquisa, se constitui no primeiro capítulo; o segundo capítulo, onde contextualizo as agentes de saúde no modelo assistencial; o terceiro capítulo que mostra as famílias no nível da atenção primária; o quarto capítulo, em que são demonstradas e analisadas as práticas das agentes de saúde; e o quinto capítulo, com as considerações finais, onde faço uma síntese dos principais achados e possíveis implicações do estudo, bem como refiro a intenção de voltar ao campo da pesquisa, demonstrar e discutir os resultados com todos os envolvidos e sondar o interesse local em se integrar num projeto de pesquisa que desenvolvo na região metropolitana de Fortaleza, cujo objetivo é capacitar os agentes de saúde em educação alimentar e nutricional na perspectiva da educação popular em saúde.

2. O percurso metodológico

2.1 O campo da pesquisa

Definido o objetivo, era necessário identificar a partir de quais atividades seria mais adequado o acompanhamento do trabalho das agentes de saúde. Como em meu estudo anterior com as líderes pastorais eu havia trabalhado com as crianças e mães, decidi-me por esse grupo e defini as crianças de 0 -12 meses. Além do que, como já referido, estas são privilegiadas por uma série de atribuições próprias das agentes de saúde no campo específico da nutrição, ou guardando com ela estreita relação, como: acompanhamento a gestantes e nutrízes, controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança, orientação quanto a alternativas alimentares.

A etapa seguinte foi definir o local. Para tanto lancei mão de um critério epidemiológico, a taxa de mortalidade infantil, amplamente aceita como tradutor da saúde da criança no primeiro ano de vida. O projeto de pesquisa foi elaborado no final de 2002, como requisito para a seleção no Programa de Qualificação Interinstitucional UECE/UERJ. Utilizei, então, as informações do SIAB-CE referentes àquele ano para identificar a mortalidade infantil nos municípios cearenses.

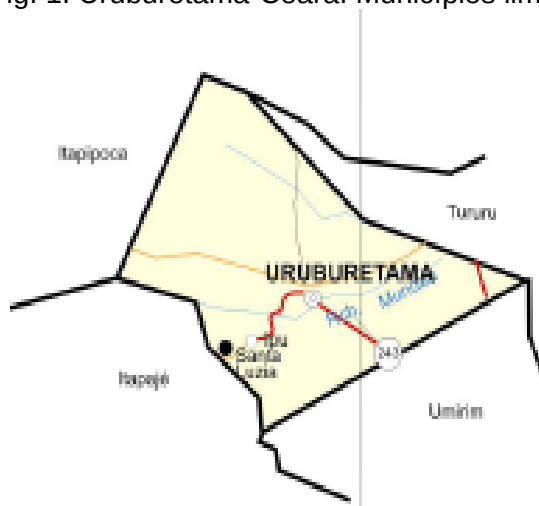
Em 2002, treze municípios apresentaram a TMI acima de 40‰, ou seja, muito acima da meta estabelecida para o Estado do Ceará, que seria atingir 25‰ em 2002. Como principais causas da mortalidade infantil naquele momento mencionam-se as diarreias e IRAs ocorridas no pós-natal, portanto, óbitos evitáveis, contrariando o atual comportamento de óbitos infantis no Estado, prevalentes no período neonatal (Leite e cols. 2002; Ceará , 2002b). Entre esses treze municípios, o

mais próximo de Fortaleza, a 115 km, era Uruburetama, escolhido para campo da pesquisa.

O nome Uruburetama é de origem tupi-guarani e significa serra dos urubus, além da sede, o município divide-se em dois distritos: Itacolomy e Santa Luzia. Localizado na mesorregião norte do Ceará, sua área geográfica é de 97,11 km². Confronta-se a leste com os municípios de Umirim e Tururu, a oeste, com Itapipoca e Itapajé, ao norte, com Tururu e Itapipoca e ao sul com Itapajé e Umirim (Fig. 1).

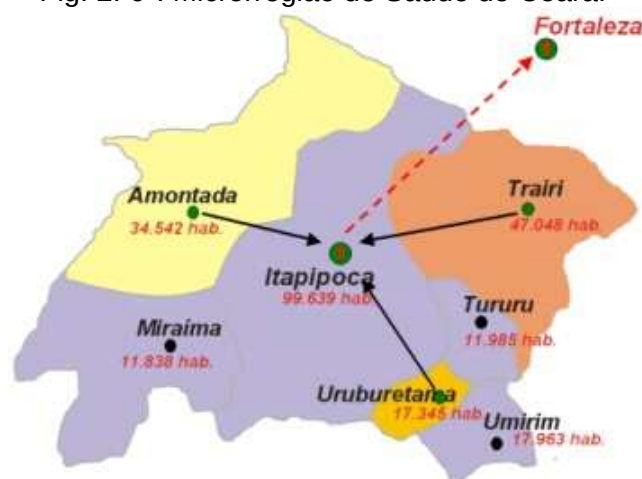
A temperatura média varia de 26 a 28°, o clima é tropical quente, típico do semiárido, o período chuvoso é entre os meses de fevereiro e abril e a média de pluviosidade é de 1.274,5 mm.

Fig. 1. Uruburetama-Ceará. Municípios limítrofes.



Do ponto de vista da gestão, Uruburetama classifica-se como Plena da Atenção Básica e compõe a 6ª. Microrregião de Saúde do Ceará que tem como município pólo Itapipoca, e como referência terciária a macrorregional de Fortaleza (Fig. 2). Dispõe de quatro postos, dois centros de saúde e um hospital público (Ceará, 2005).

Fig. 2. 6ª. Microrregião de Saúde do Ceará.



Em 2003 o município teve 4.689 famílias estimadas e 4.983 famílias cadastradas no PSF, ou seja, 19.371 pessoas acompanhadas por cinco equipes de PSF com três médicos, cinco instrutores, cinco auxiliares e trinta agentes de saúde, duas equipes de saúde bucal com dois cirurgiões-dentistas e dois técnicos de consultório dentário (Ceará, 2003; 2004). A cobertura das agentes de saúde é de 100% das famílias, cujas condições de moradia e saneamento estão demonstradas na tabela 1.

Tabela 1. Condições de saneamento e moradia em Uruburetama-CE, 2003.
N = 4983

Características da moradia e saneamento	Freq. absoluta	Freq. relativa (%)
Domicílios com abastecimento de água da rede pública	2.699	54,16
Domicílios com abastecimento de água de poço/nascente	1.698	34,07
Número de domicílios com coleta de lixo	2.129	42,72
Número de domicílios que enterram/queimam o lixo	118	2,37
Número de domicílios que jogam o lixo a céu aberto	2.736	54,91
Domicílios com rede de esgoto sanitário	13	0,26
Domicílios com sistema de fossa individual	3.456	69,35
Domicílios que jogam os dejetos a céu aberto	1.514	30,38
Casas de tijolos	4.174	83,76
Casas de taipa com revestimento	426	8,51
Casas de taipa sem revestimento	426	8,51
Domicílios que tratam a água por pela filtração	1.900	38,13
Domicílios que usam água fervida	32	0,64
Domicílios que tratam a água com cloro	2.848	57,15
Domicílios sem tratamento da água	203	4,07
Domicílios com energia elétrica	4.061	81,49

Fonte: Datasus.gov.br/SIAB

No município de Uruburetama, a estrutura etária da população é composta por maior proporção de adultos jovens e adolescentes, enquanto a prevalência de idosos é de 9,3%, superior à média de Fortaleza que é de 8,6% para essa faixa etária. Tal realidade tanto é o reflexo da mudança na estrutura etária da população, como em parte, determinada pela migração dos mais jovens para a capital e outros centros maiores à procura de melhores condições de vida.

Está também aí presente a contradição em relação à crise de saúde no Brasil, onde a queda da qualidade de vida de boa parte das classes populares convive com a redução da MI e o aumento da expectativa de vida, o que contribui para que mais pessoas sobrevivam em condições indignas. Para este segmento, as tecnologias de baixo custo usadas na saúde não têm resolutividade, porque as doenças deste grupo requerem trabalhadores de saúde especializados e tecnologias mais sofisticadas (Valla, 2001).

Tabela 2. Estrutura etária segundo o sexo da população de Uruburetama-CE, 2003.

Faixa etária (anos)	Frequência	
	Homens	Mulheres
< 1 ano	186	182
1 —4	908	953
5 —6	455	462
7 —9	743	707
10 —14	1.156	1.110
15 —19	1.089	1.139
20 —39	3.007	2.902
40 —49	781	729
50 —59	567	561
>60	887	938
Total	9.779	9.683

Fonte: Datasus.gov.br/SIAB

2.1.1 O perfil epidemiológico da população infantil de Uruburetama

Como mostra a tabela 3, a estatística do grupo materno-infantil demonstra boa cobertura do pré-natal e vacinação das crianças menores de 1 ano.

Tabela 3. Cobertura das ações de saúde com o grupo materno infantil em Uruburetama-CE, 2003.

Indicadores de cobertura das ações de saúde	Freq. absoluta	Freq. Relativa
Famílias acompanhadas	4.983	100,00
Visitas realizadas no mês	4.776	95,84
Gestantes	166	100,00
Gestantes acompanhadas	165	99,39
Gestantes < 20 anos	40	24,09
Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	109	65,66
Gestantes com pré-natal em dezembro/2003	157	94,58
Gestantes com vacina em dia	163	98,19
Crianças < 1 ano	400	100,00
Crianças até 4 meses/idade	112	28,00
Crianças < 4 meses em aleita. materno exclusivo	82	73,21
Crianças < 4 meses em aleitamento misto	30	26,78
Crianças < 1 ano com vacina em dia	375	93,75
Crianças < 1 ano pesadas	374	93,50
Crianças < 1 ano desnutridas	10	0,25
Consultas com crianças < 1 ano no mês	31	7,75
Consultas de pré-natal no mês	125	75,30

Fonte: Datasus.gov.br/SIAB

Em 2003 a média de nascimentos foi de 33,33 crianças / mês e em 2004, essa media foi 28,9 (Uruburetama, 2004a; 2005). No mês de início da pesquisa, nasceram 23 crianças no município. Os indicadores de saúde infantil encontram-se demonstrados na tabela 4.

Tabela 4. Indicadores de saúde infantil em Uruburetama-CE, 2003.
N = 32

Indicadores	Freq. absoluta	Freq. relativa
Nascidos vivos	32	100,00
Pesados ao nascer	32	100,00
NV < 2.500g	03	9,37
Óbitos em < 28 dias/diarréia	00	00
Óbitos em < 28 dias/IRA	00	00
Óbitos em < de 28 dias/outras causas	01	3,12
Óbitos em < 28 dias-11 meses/diarréia	00	00
Óbitos em < 28 dias-11meses/IRA	00	00
Óbitos em < de 28 dias-11meses/outras causas	00	00
Óbitos em < 1 ano/diarréia	00	00
Óbitos em < 1 ano/IRA	00	00
Óbitos em < 1 ano/outras causas	01	3,12
Hospitalização em < 5anos/pneumonia	00	00
Hospitalização em < 5anos/desidratação	02	6,25

Fonte: Datasus.gov.br/SIAB

2.2 Os atores sociais

2.2.1 A abordagem inicial

Na elaboração do projeto de pesquisa, todos os dados em relação ao município foram secundários. O primeiro contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Uruburetama (SMS), ocorreu em junho de 2004, quando conversei com a então secretária de saúde, que acumulava esse cargo com o de coordenadora do PSF. Levei uma cópia do projeto de pesquisa e conversamos sobre minha intenção de realizá-la no município. Houve boa receptividade e naquela ocasião, a secretaria disponibilizou-se para facilitar o andamento da pesquisa de campo.

No final do mês de agosto de 2004, tive a primeira reunião com o grupo de agentes de saúde. Apresentei-me, expus o interesse do estudo, ou seja, conhecer com mais profundidade o trabalho realizado por elas, especialmente as ações com as crianças menores de 1 ano de idade. Para isso, expliquei que teria que acompanhá-las em algumas atividades, sobretudo nas visitas às casas das mães de crianças nascidas em agosto, mês do início da pesquisa. Qual a finalidade desse estudo? Minha intenção era contribuir de alguma forma, para o aperfeiçoamento do trabalho realizado. A princípio, algumas delas mostraram-se desconfiadas, talvez não entendessem realmente tudo que expus. Entretanto, à medida que as atividades se desenvolviam, essa compreensão foi se alargando e não encontrei nenhuma resistência ou má vontade. A colaboração das agentes bem como a dos servidores da secretaria de forma geral, foi sempre muito boa. Um sinal de minha aceitação no grupo foi o convite da presidente da associação municipal para participar de uma reunião em Fortaleza em novembro de 2004, na qual elas estariam juntamente com representantes das demais associações do estado, debatendo a questão do vínculo empregatício. O motivo do convite foi terem achado que eu poderia entender melhor

algumas das questões a serem debatidas, e isso facilitaria o repasse da reunião para o restante do grupo em Uruburetama. Foi dessa forma que conheci a presidente da Federação de Agentes de Saúde do Estado do Ceará, a qual mais tarde, também entrevistei.

Essa primeira reunião com as agentes de saúde teve a intermediação de uma agente administrativa, incumbida pela secretária de saúde para apresentar-me ao grupo. A apresentação tinha a finalidade de informar que eu era professora da Universidade Estadual do Ceará e estava ali porque pretendia conversar com elas sobre o trabalho da agente de saúde. Desse modo, reduzia-se o risco de as agentes relacionarem meu trabalho com algum tipo de fiscalização sobre suas atividades e as possíveis conseqüências dessa dedução errônea sobre os resultados da pesquisa.

2.2.2 A constituição do grupo da pesquisa

Para formar o grupo a ser acompanhado, primeiramente identifiquei todas as crianças nascidas em agosto de 2004. No hospital municipal, pela Declaração de nascidos vivos (Anexo A) foram identificados dezoito recém-nascidos (RN) e, mediante informações das agentes de saúde, três crianças que nasceram nos hospitais de municípios vizinhos, uma que nasceu em Fortaleza e uma que nasceu em casa. Portanto, o grupo é formado por 23 crianças nascidas no mês de agosto/2004.

Entre as famílias dos RN, onze residiam na área rural. Destas, duas nas localidades denominadas Serra do Sitio e Serra do Pau Alto, de difícil acesso, e doze na área urbana. No decorrer da pesquisa duas famílias se mudaram do município, uma moradora da zona urbana e outra da rural. Assim o grupo

acompanhado foi composto por dezenove crianças, cujas mães participaram como informantes.

Depois de identificadas as crianças, o segundo passo foi verificar as agentes de saúde que acompanhavam cada uma delas. Na Declaração de nascidos vivos, constava o nome de cada agente de saúde acompanhante da família. Isto facilitou a localização da maioria delas, enquanto as demais foram identificadas na reunião, com as agentes. Dessa forma, cheguei a um grupo de doze agentes de saúde. Além dessas, três agentes que desde nosso primeiro contato haviam demonstrado interesse sobre o estudo, entre as quais, uma era a presidente da associação local de ACS, também participaram. Portanto, do grupo de trinta agentes de saúde do município, quinze foram informantes do estudo.

2.2.3 Como se deu a coleta e o registro das informações

2.2.3.1 Com o grupo de mães:

Após a identificação dos RN, fiz uma visita inicial a cada mãe, algumas ainda em agosto, outras, já no mês de setembro. Nessa primeira visita fui sozinha. Identificava-me e informava como a tinha localizado, por meio da ficha do hospital ou, se fosse o caso, pela agente de saúde. Falava de maneira simples sobre a pesquisa, perguntava-lhe se poderia colaborar no estudo. Em caso afirmativo, voltaria à sua casa até o bebê completar 1 ano, bem como iria algumas vezes com a agente de saúde na visita mensal.

Todas as mães visitadas mostraram-se acessíveis, apesar da desconfiança inicial, esperada, como não poderia deixar de ser, ao se receber uma estranha que diz estar interessada em saber sobre você e seu bebê recém-nascido. No decorrer da pesquisa, essa relação, desconfiada a princípio, tornou-se tão especial que minha visita era esperada por algumas, até com expectativa. As conversas sobre a

evolução das crianças, constituíam momentos de agradável convívio, não só com as mães, mas com outros membros da família.

Nessa primeira visita fiz uma entrevista fechada com os dados de identificação da mãe e da criança, bem como solicitei delas a assinatura do termo de consentimento, o que também foi solicitado às agentes de saúde (Apêndices A, B, C). No caso dos RN no hospital de Uruburetama, eu já tinha os dados constantes do formulário de registro de nascidos vivos, tais como peso, tipo de parto, idade gestacional, nome da mãe, idade, endereço, escolaridade, estado civil, e assim mesmo confirmava tais dados.

Depois dessa visita inicial, só voltei ao município no final do mês de outubro, quando algumas crianças já estavam com 2 meses de idade. Isto se deveu ao fato de 2004 ter sido ano de eleições municipais. Algumas pessoas às vezes falavam comigo sobre os candidatos, principalmente os candidatos a prefeito da cidade, queriam saber minha opinião sobre um ou outro. Para não haver nenhum mal entendido ou possibilidade de relacionar minha presença de alguma forma com a disputa eleitoral, optei por ausentar-me durante esse período. A partir do final de novembro, retomei as visitas, regularmente, uma vez por mês, até agosto de 2005. Em cada mês, passava uma semana em Uruburetama, para visitar as mães e acompanhar as agentes de saúde em suas atividades com as crianças.

Como o prefeito eleito foi o candidato da oposição, houve mudança não só do gestor municipal da saúde, como também dos profissionais do PSF. Das cinco equipes, apenas uma permaneceu com o médico e a enfermeira contratados pela prefeita anterior. Nas demais, os profissionais antigos foram demitidos e novos foram contratados.

Na gestão anterior as equipes estavam incompletas, em apenas três delas existia o profissional médico, o que continuou igual na nova gestão. Essa mudança dos profissionais era referida pelas agentes como “uma quebra no trabalho”. Para a pesquisa, não houve grandes prejuízos, pois, até então, eu não havia feito praticamente nenhum contato com os demais profissionais da ESF. Dirigi-me novamente à SMS para apresentar-me ao novo secretário de saúde, levando uma declaração da secretária anterior na qual avalizava minha presença como pesquisadora no município (Anexo B). Nessa ocasião fui informada pelo novo coordenador do PSF no município, de que o secretário residia em Fortaleza (a anterior também) e não ia todos os dias para Uruburetama. Conversei, então, com o coordenador, e entreguei uma cópia da declaração. Ele mostrou-se muito receptivo e disse estar à minha disposição, acolhida que se confirmou ao longo da pesquisa.

Durante as primeiras visitas às casas das crianças, eu apenas conversava com as mães; era como um reconhecimento prévio para me familiarizar com seu modo de vida, moradia, costumes, alimentação. Depois disso, montei um roteiro dos principais aspectos a serem focados, o que a princípio incluía: condições de moradia, hábitos de higiene pessoal e do lar, os cuidados com a criança. Posteriormente incluí a observação sobre a alimentação da criança – tipo de alimentos, forma de preparo e introdução de novos alimentos na dieta infantil. Eram todos aspectos sobre os quais as ações das agentes de saúde deveriam incidir.

Além disso, verificava e registrava num formulário específico as informações sobre a saúde geral das crianças – a introdução de novos alimentos, a ocorrência de alguma doença, caso em que identificava que procedimentos e encaminhamentos tinham sido feitos e por quem; verificava também o cartão da criança para ver a

evolução do crescimento, a aplicação das vacinas, o registro das intercorrências e as anotações sobre o desenvolvimento (Apêndice D).

Ao iniciar as visitas, disse para as mães que iria anotar todas essas informações sobre as crianças e que se elas autorizassem registraria boa parte do que conversávamos. Essas anotações e registros subsidiaram tanto a análise referente às agentes de saúde como a contextualização das famílias acompanhadas. Tomava anotações rápidas de pontos da conversa, das perguntas que eu fazia enquanto conversávamos e logo após retornar, anotava o teor geral da visita no diário de campo. As dúvidas que surgiam, anotava para na visita posterior tentar esclarecer. Desse modo, a cada nova visita, lia os apontamentos da visita anterior e acabávamos retomando algum ponto da conversa passada. Outra forma de registro que utilizei, principalmente dos aspectos da moradia, foi o fotográfico.

Fiz algumas dessas visitas na companhia da agente de saúde em sua atividade rotineira, mas quase sempre fui sozinha. No início, as visitas eram mais rápidas; depois que as mães se habituavam comigo, duravam mais, em média uma hora e meia. Algumas conversavam mais, outras eram mais fechadas, e dependendo disso e de sua disponibilidade de tempo, variava a duração da visita. Uma dificuldade nessa atividade foi a mudança constante de endereço das famílias, o que ocorreu apenas na zona urbana. Às vezes eu era avisada de que na próxima visita a família já estaria num novo endereço. Outras vezes eu chegava para fazer a visita e encontrava novos moradores, os quais, de modo geral, informavam o novo endereço. Em virtude dessas mudanças, às vezes havia troca da agente de saúde responsável pela família.

2.2.3.2 Com o grupo de agentes de saúde

- Acompanhando na visita mensal: Depois da reunião inicial com as agentes de saúde, passei a encontrá-las mensalmente, quando todas iam para a SMS para fazer a avaliação das atividades do mês. Nessa ocasião combinávamos as visitas do mês seguinte. Quando estava programada alguma reunião das agentes na secretaria, eu tentava aliar as duas coisas. Se as visitas pudessem ser feitas no mesmo período em que a reunião estava prevista, eu iria naquela data. Assim, além das visitas, participava das reuniões, se o coordenador concordasse com minha presença naquela atividade específica. Dessa forma pude participar de várias reuniões com o grupo.

Comumente as agentes de saúde têm um dia em que visitam todas as famílias com criança menor de 2 anos. Portanto, quando eu ia com a agente, eu não visitava apenas as famílias que tinham crianças nascidas em agosto/04, mas todas as famílias com criança menor de 2 anos. Fazia dessa maneira para não criar um inconveniente para o trabalho das agentes. Por ocasião dessa atividade, eu observava os procedimentos das agentes e, principalmente, como se dava a relação delas com as famílias. Dessa forma, acompanhei cada agente, no mínimo uma, e no máximo três vezes, no dia da atividade com as crianças.

- Entrevistando e observando: Na primeira vez que saía com uma agente, fazia uma entrevista semi-estruturada. Além de fornecer algumas informações sobre a agente de saúde, isto me dava subsídios para travar um contato mais pessoal com cada uma delas (Apêndice E). A partir de então, a observação de suas atividades era registrada no diário de campo, dando os subsídios para a descrição e análise.

Como principais aspectos observados, menciono os seguintes: a forma como as agentes de saúde abordavam as mães, e/ou outras pessoas nas residências, o

tipo de orientação dada em face das diversas situações expostas pelas pessoas, o tratamento dispensado às crianças, os procedimentos para a coleta do peso, as orientações diante do peso identificado, a verificação do cartão da criança e os encaminhamentos feitos, se observavam aspectos da moradia e higiene, principalmente das crianças e condutas tomadas, se eram dadas orientações sobre a alimentação da criança e quais eram.

A técnica de observação que empreguei, apesar de não ter convivido tão intensamente com minhas informantes, como se aprende em estudos clássicos nos quais se utiliza a técnica de observação participante pode ser classificada como tal, uma vez que coletei os dados mediante minha participação na vida rotineira das mães e agentes: eu não apenas observei, mas interagi com o grupo (Becker, 1997; Soriano, 2004).

- O grupo focal: Segundo Gaskel (2002, p. 75) o grupo focal tem como finalidade:

estimular os participantes a falar e a reagir àquilo que outras pessoas no grupo dizem [...] um exemplo da unidade social mínima em operação, e como tal, os sentidos ou representações que emergem são mais influenciados pela natureza social da interação do grupo em vez de se fundamentarem na perspectiva individual...

A decisão pela entrevista coletiva foi uma forma de trazer para o grupo a discussão do que observei e conversei com cada uma em particular, com a finalidade de aprofundar mais meu conhecimento e principalmente certificar-me de que os aspectos que eu estaria destacando diziam respeito não à forma individual de cada uma desenvolver as atividades, mas às práticas comuns das agentes de saúde. Utilizei como forma de registro a gravação.

Conforme refere Gaskel (2002), apesar de ser mais comum a realização do grupo focal com pessoas que não se conhecem, esta não é uma precondição, porque a familiaridade anterior é uma vantagem quando se tomam pessoas que

partilham um meio social comum. Por exemplo, em estudos de culturas organizacionais e de grupos sociais específicos, a vantagem referida pelo autor, é que, nesse caso, o moderador pode tomar a posição de um observador ingênuo e solicitar que determinados aspectos lhe sejam melhor explicados.

Dessa forma procedi à realização de dois grupos focais, um com dez, outro com oito agentes, dos quais participaram, também, algumas que não foram informantes principais, porque não acompanhavam crianças menores de 1 ano de idade. Todavia, para o fim do grupo focal, considereei isso como positivo. Ademais, sua inclusão foi motivada pelo interesse em participar.

Cada grupo durou em média duas horas e quinze minutos, e no papel de moderadora, facilitei o debate. Havia elaborado três perguntas para impulsionar a discussão: “Para você, o que significa ser agente de saúde?”; “Qual a importância do agente de saúde para a comunidade?”; “Qual o seu papel na ESF”? O debate que se seguiu propiciou a abordagem de vários assuntos, entre os quais: Como as agentes acham que a comunidade as percebem; as relações na ESF; para que servem os dados do SIAB; o que são o PSF e o Programa Bolsa-Família, entre outros temas relevantes.

À medida que a pergunta era feita ao grupo, minha intervenção se dava apenas no sentido de organizar o debate e esclarecer um ou outro ponto, quando necessário.

2.2.3.3 Outros informantes:

- Em Uruburetama: Com a finalidade de conhecer melhor o trabalho da equipe da qual as agentes de saúde fazem parte, entrevistei o coordenador do PSF e três enfermeiras. Com eles fiz uma entrevista aberta, cuja pergunta inicial era: “O que você acha do trabalho realizado pela agente de saúde?”.

- Em Fortaleza: Como fonte de subsídios para compor a trajetória dos agentes de saúde no Ceará, fiz uma longa entrevista aberta com mais ou menos três horas de gravação com o dr. Carlile Lavor, idealizador do Programa de Agentes de Saúde (PAS) no Ceará e maior responsável pela sua institucionalização.

Entrevistei, ainda, a então presidente da Federação de Agentes de Saúde do Estado do Ceará, no intuito de entender melhor a situação do momento que estão vivenciando no processo de qualificação profissional, uma vez que no município de Uruburetama, tais procedimentos ainda não tinham iniciado.

Contei ainda com a valiosa colaboração de técnicos da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará na coleta de dados secundários que subsidiaram a elaboração da pesquisa.

2.3 Análise das informações

Ao iniciar a coleta das informações, praticamente inicia-se também o processo de análise. Uma vez que começam os contatos com as pessoas e a observação, o número de informações é muito grande. Aspectos para os quais não atentamos antes, seja porque desconhecíamos sua importância ou porque realmente os desconhecíamos, emergem e surgem novas possibilidades. Assim, a primeira fase da análise consiste na seleção dos aspectos prioritários para o foco do estudo, porque nesses é necessário focalizar a observação e aprofundar sua compreensão, seja por meio de entrevistas, seja por meio das conversas informais durante a atividade de observação participante (Becker, 1997; Spradley, 1980).

Na sistematização dos aspectos a serem priorizados, utilizei as categorias analíticas como parâmetro, isto é, de todo o material publicado pelo MS sobre os ACS e suas atividades, três categorias são claras: o agente educador, o agente elo (entre a comunidade e o serviço de saúde) e o agente de controle sanitário. Minha

análise partiu dessas três categorias e, na seleção dos aspectos a serem melhor compreendidos, focalizei as atividades características de cada uma delas. Além das categorias analíticas, meus pressupostos iniciais, os quais se fortaleceram com a identificação das referidas categorias, também contaram para a delimitação do foco do estudo.

Na segunda fase da análise, agrupei todas as falas e observações que caracterizavam ou compunham uma das categorias analíticas, num processo artesanal, onde as falas recortadas do contexto da entrevista eram coladas num quadro que correspondia a cada categoria analítica, num processo denominado por Spradley (1980) de “identificação das taxonomias”. Pela identificação dos aspectos mais citados pelas agentes, identifiquei as categorias empíricas surgidas nesse estudo: “a agente de saúde com conhecimentos insuficientes”, “a agente de saúde impotente diante dos determinantes socioeconômicos”, “a agente porta de entrada do PSF” e “a agente pau pra toda obra”.

Após a identificação dessas categorias empíricas, foram realizadas as entrevistas coletivas. O debate em torno das questões lançadas, apontou para a identificação dos temas: “práticas de saúde descontextualizadas das condições sociais” e “uma relação de conflitos”, os quais foram identificados pela sua recorrência em cada uma das categorias empíricas.

3. As estratégias de atenção primária em saúde

3.1 Um breve olhar sobre a organização da assistência à saúde no Brasil

Na década de 1980 – 90 o Brasil vivia a retomada da democracia num período marcado por profundas mudanças sociais, políticas e econômicas. No campo das políticas públicas destacava-se o setor saúde com efetiva proposta de mudança, vocalizada via movimento sanitário. Este, originado no início de 1970, culmina em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual viria influir de forma determinante na implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) e na elaboração da nova Constituição Federal (CF) em 1988, que reconhece a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas, direito de todos e dever do Estado (Mendes, 2001). Uma das linhas básicas e fundamentais da reforma sanitária brasileira é a ampliação da concepção de saúde, para além do modelo biomédico, e inclusão como seus determinantes das condições e qualidade de vida da população.

A nova CF prevê a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e com equidade na distribuição dos recursos. Como suas diretrizes, estabelece a descentralização, com direção única em cada nível de governo; a integralidade, priorizando as ações preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade, entendida como controle exercido pela sociedade (Elias, 1996).

Entretanto, a construção e consolidação do SUS com essas diretrizes e princípios num contexto neoliberal constitui-se num grande desafio. A distância entre o direito e sua concretização é referido por Stotz (2003, s/p) nos seguintes termos:

Vivemos o paradoxo do direito à saúde ser um direito social, definido em termos do princípio da solidariedade social que, como diz o artigo

196 da Constituição, exige políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doenças e outros agravos à saúde, enquanto o sistema organizado para garantir este direito responde (precariamente, com baixa resolutividade) à doença no plano individual.

Em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90) que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e funcionamento dos serviços e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios em relação às políticas de saúde. Em seu Art. 2º. define a saúde como: “Um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício .” E no Art. 3º estabelece que:

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais, e que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Brasil,1990) .

Desse conjunto de diretrizes ressalte-se a descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, meio ambiente e saneamento básico (Ceará, 1995).

O início da implementação da descentralização, ou municipalização da saúde, só ocorreu em 1993 com a Norma Operacional Básica, SUS, 01/93 (NOB) a qual se constituiu no “arcabouço legal, até então praticamente inexistente, complementado por decretos, portarias e normas emanadas das três esferas de governo” para implementar a descentralização da saúde. Idealmente o processo de descentralização culmina com a situação na qual os estados e municípios assumem plenamente a gestão do SUS (Elias,1996).

No entanto, de acordo com Favoreto (2002), a NOB/93, não representou progresso na estruturação dos sistemas locais de saúde. É somente com a NOB/96

que se avança na reorganização do sistema, sendo uma conseqüência disso a mudança do modelo de atenção, ampliando o enfoque da atenção médica no caso clínico para a perspectiva de promoção da saúde na busca da integralidade das ações. Daí a importância dessa norma para a implementação das estratégias de atenção primária em saúde como o PACS e o PSF.

3.2 As estratégias de atenção primária em saúde (APS) no Brasil

Como afirma Starfield (2004), a formulação de um sistema de organização dos serviços de saúde distinguindo três níveis principais de serviços, base do conceito de regionalização, teve origem na Inglaterra por volta de 1920, e foi depois adotada por muitos países, onde atualmente os níveis de atenção são claramente definidos, com o nível de atenção primária identificável e em funcionamento.

O primeiro nível de atenção em saúde recebeu ênfase especial na Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1977. Segundo estabelecido nesta assembléia, a principal meta social dos governos participantes deveria ser o alcance de um nível de saúde que permitisse a todos “levar uma vida social e economicamente produtiva”, o que ficou conhecido como “Saúde para todos no ano 2000”. Posteriormente, na conferência realizada em Alma-Ata, chegou-se a um consenso sobre a APS, o qual foi ratificado pela Assembléia Mundial de Saúde de 1979 que assim a definiu:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro

elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Unicef/Brasil, 1979, p.3).

Avançando no entendimento e ampliação da APS, em 1986, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a Carta de Ottawa define a promoção da saúde como “ o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Além disso, defende o princípio da equidade em saúde como essencial, e, na Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1988, a Declaração de Adelaide identifica as áreas prioritárias para ações de promoção: Apoio à saúde da mulher; Alimentação e nutrição; Tabaco e álcool; e Criação de ambientes saudáveis (Brasil, 2000).

Em síntese, a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978, o caminho adotado como alternativa pelos países em desenvolvimento, para atingir o objetivo de “Saúde para todos no ano 2000” foi a institucionalização da APS, que na verdade era preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde o início de 1960. Porém naquela conferência foi conceituada de forma ampla, norteadas as políticas públicas de saúde segundo os princípios de integralidade, universalidade e equidade (Unicef/Brasil, 1979).

Verificou-se, a partir de então na América Latina, de forma geral, a ampliação da oferta dos serviços de saúde, com ações centradas na atenção primária à saúde, cujo foco principal era a saúde materno-infantil dos grupos mais vulneráveis da população, a ênfase no acompanhamento do crescimento, na terapia de reidratação oral, o incentivo à prática do aleitamento materno, o planejamento familiar, o manejo correto das infecções respiratórias agudas e o aumento da cobertura vacinal (Silva, 2003).

Essas ações foram implementadas em maior ou menor escala em todos os países em desenvolvimento, e para sua realização, muitos países, inclusive o Brasil, utilizaram como recurso humano o agente de saúde (Favoreto, 2002).

As ações realizadas pelos agentes de saúde configuravam-se como uma forma de atenção simplificada e objetivavam a melhoria de alguns indicadores epidemiológicos tais como a redução da morbi-mortalidade infantil e da desnutrição materno-infantil, a ampliação da imunização, o aumento da taxa de aleitamento materno exclusivo, por meio de intervenções simples por profissionais não qualificados, seja do ponto de vista da educação formal, seja do ponto de vista técnico.

Com a evolução do processo de implementação do SUS no Brasil, o termo atenção primária passou a ser empregado como sinônimo do primeiro nível de atenção ou atenção básica. É com esse sentido que atualmente se configuram como estratégias de APS o PACS e o PSF, o qual, mais do que isso, apresenta-se como “estratégia estruturante para a reorganização do modelo assistencial ” (Fernandes, 2005, p. 13).

3.2.1 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Em 1991 a idéia do PACS foi apresentada ao Ministério da Saúde, cujo ministro à época, Alcení Guerra, delegou à Fundação Nacional de Saúde a incumbência de elaboração do projeto. A experiência de trabalhar com pessoas da própria comunidade como agentes de saúde era amplamente conhecida e adotada em muitos países. Especificamente no Brasil, vários estados já utilizavam essa estratégia, como a exemplo do Ceará, Pernambuco, Maranhão, Goiás, Mato Grosso, São Paulo e Rio de Janeiro. Assim o projeto partiu dessas experiências já realizadas e também de experiências como a da Pastoral da Criança. Como

programa institucional O PACS foi adotado a princípio por alguns estados das regiões Norte e Nordeste, disseminando-se a seguir para as outras regiões (Brasil, 1994; Sousa, 2003).

No Brasil, com a evolução da implantação do programa, esse assumiu a característica de impulsionador do processo de municipalização por ser exigência para sua implantação a criação do Fundo Municipal de Saúde e a existência do Conselho Municipal de Saúde, o qual deve aprovar a implantação do PACS no município (Brasil, 1994).

Contudo, a implantação do programa pelos municípios passou a representar o aporte de recursos financeiros incorporados no Piso da Atenção Básica previsto na NOB/96, o que estimulou sua implementação. Outras características do PACS são o enfoque na família, noção de área de cobertura, ação preventiva, integração com a comunidade, além de ser um instrumento real de organização da demanda (Viana e Dal Poz, 1998). Vale ressaltar que a implantação do PACS pelo Ministério da Saúde foi também uma estratégia para responder à demanda deficitária no primeiro nível de atenção, com prioridade para a cobertura ao grupo materno-infantil (Brasil, 1994).

Conforme previsto, o PACS tem como objetivo geral: “Melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde” (Brasil, 1994). Quanto às atribuições do agente de saúde mencionam-se, entre outras:

- Estimular continuamente a organização comunitária;
- Participar da vida da comunidade principalmente através das organizações, estimulando a discussão das questões relativas à melhoria de vida da população;
- Fortalecer os elos de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde;
- Orientar a comunidade para a utilização adequada dos serviços de saúde;

- Registrar nascimentos, doenças de notificação compulsória e de vigilância epidemiológica e óbitos ocorridos;
- Cadastrar todas as famílias de sua área de abrangência;
- Identificar e registrar todas as gestantes e crianças de 0-6 anos de sua área de abrangência através de visitas domiciliares;
- Atuar integrado às instituições governamentais e não governamentais, grupos e associações da comunidade (parteiras, clubes de mães, etc);
- Executar dentro do seu nível de competência, ações e atividades básicas de saúde;
- Acompanhamento a gestantes e nutrízes;
- Incentivo ao aleitamento materno;
- Acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança;
- Garantia do cumprimento do calendário de vacinação e de outras vacinas que se fizerem necessárias;
- Controle das doenças diarreicas;
- Controle das infecções respiratórias agudas;
- Orientação quanto a alternativas alimentares;
- Utilização da medicina popular
- Promoção de ações de saneamento e melhoria do meio ambiente;
- Promoção da educação em saúde (Brasil, 1994).

Para um profissional com todas essas atribuições as normas e diretrizes do programa previam um processo de “formação caracterizado pela integração ensino-trabalho, processo pedagógico que permite uma melhor apreensão dos conteúdos programáticos aliados às ações práticas” (Brasil, 1994, p.8).

Apesar da exigência de escolaridade, de primeiro grau ou primeiro ciclo do ensino fundamental, no caso de agentes contratados sem essa etapa de escolarização concluída, deve ser-lhes assegurada a complementação dessa escolaridade mínima, e realizada paralelamente a formação profissionalizante equivalente a auxiliar de enfermagem, seguindo o estabelecido pelo Conselho Federal de Educação e a lei que regulamenta o exercício de enfermagem no país. Além disso, conforme prevê o documento que estabeleceu as diretrizes do programa, o processo de aprendizagem do ACS não pode se limitar ao domínio das técnicas das ações básicas, pois é requerido deste agente o conhecimento da comunidade, de forma que compreenda os problemas e a busca das soluções para melhorar as condições de saúde da comunidade (Brasil, 1994).

Em 1999 o governo federal pelo Decreto nº 3.189, de 4 de outubro, fixou as diretrizes para o exercício da atividade do agente de saúde:

Art. 1º - Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente.

Art. 2º – São consideradas atividades do ACS, na sua área de atuação:

I – utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua atuação;

II – executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva;

III – registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV – estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia de conquista de qualidade de vida;

V – realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;

VI – participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida;

VII – desenvolver outras atividades pertinentes a função de Agente Comunitário de Saúde;

Parágrafo único: As atividades do ACS são consideradas de relevante interesse público.

Art. 3º – O ACS deve residir na própria comunidade, ter espírito de liderança e de solidariedade e preencher os requisitos mínimos a serem estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

Art. 4º – O ACS prestará seus serviços, de forma remunerada, na área do respectivo município, com vínculo direto ou indireto com o Poder Público local, observadas as disposições fixadas em portaria do Ministério da Saúde (Brasil, 2002a, p.25).

A profissão de agente comunitário de saúde foi criada pela Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002 (Brasil, 2002b).

No entanto, a criação legal da profissão não significou, na prática, mudança quanto à formalização do vínculo do agente, como trabalhador de saúde, com o poder público, como contratante desse servidor, ou seja, a instabilidade do agente na condição de trabalhador de saúde persistiu.

O documento *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde – um pacto tripartite*, elaborado em 2002 com a finalidade de subsidiar os prefeitos e secretários de saúde quanto à forma de contratação dos ACS, trata essa questão de

forma, no mínimo, ambígua. Logo na apresentação pelo então secretário de Políticas de Saúde, Cláudio Duarte da Fonseca, conforme consta, o agente tem contribuído para a melhoria das ações de saúde no nível local e dos indicadores de saúde da atenção básica, o PACS é exposto como uma etapa transitória para o PSF, destacando que as duas estratégias são prioridades para o MS e governo federal e salientam-se as características de morar na comunidade, solidariedade e liderança do agente como os pré-requisitos para o êxito do programa, o qual “representa um dos maiores avanços recentes na história da saúde pública no Brasil” (Brasil, 2002, p.7).

Depois de enaltecer dessa forma o PACS, adverte explicitamente que a única forma de manter o agente com as tais características fundamentais para o sucesso de seu trabalho é mediante contratação indireta, ou seja, ele será vinculado a uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); assim não se tornará um “servidor público burocratizado com a estabilidade no serviço público” (Brasil, 2002, p. 10)

3.2.2 O Programa Saúde da Família

O PACS é considerado o antecessor do PSF por suas características de enfoque das questões de saúde (comunidade/família/indivíduo), por ter sido um instrumento na reorganização da atenção básica, trabalhar com noção de área de cobertura, ação preventiva, pela necessidade de um técnico de nível superior para coordenar e supervisionar as atividades dos agentes de saúde e da unidade básica de referência como suporte das ações. Constitui, portanto, uma etapa transitória para o PSF. Segundo Favoreto (2002), o PACS teve a função de mobilizador e organizador da implantação das equipes de saúde da família.

Como estratégia de atenção primária à saúde este programa era uma experiência já levada a termo com sucesso em outros países, e, no Brasil, em algumas experiências pontuais, das quais são exemplo a de Porto Alegre, do Grupo Hospitalar Conceição, de Medicina Comunitária, a de Niterói, com o Programa Médico de Família, e a do Ceará, desenvolvida no município de Quixadá, onde foi realizado em 1993 um trabalho pioneiro em saúde da família, com equipe multiprofissional (Silva, 2003).

Segundo Peliano (1999), o PSF representa um eixo de estruturação da atenção primária em saúde a partir da organização do modelo de assistência. Na proposta do PSF o enfoque da atenção se desloca do grupo materno-infantil e passa a ser a família e o meio onde ela vive. A proposta, portanto, é trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, desenvolvendo as atividades numa equipe inter e multidisciplinar com responsabilidade integral sobre as pessoas que vivem na área de abrangência de cada equipe de saúde da família.

Nesta perspectiva, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e de co-responsabilidade entre a equipe de saúde e a comunidade assistida. De acordo com essa proposta, apresenta como objetivo geral:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (Brasil, 1997 p. 10).

Para Stotz (2003b, p.30) o PSF deve ser avaliado “como um programa de extensão da cobertura, centrado em ações básicas de saúde”. Com efeito, o autor aponta o programa como conseqüência do déficit de cobertura e da necessidade política de expandir a oferta.

Conforme relatam Viana e Dal Poz (1998), a proposta do PSF como reforma incremental do SUS se delineia em 1993 na Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), atualmente Departamento de Atenção Básica, dentro do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e teve suas diretrizes firmadas em documento oficial em setembro de 1994. Neste documento o PSF é colocado como instrumento de reorganização do SUS e da municipalização da saúde e os locais prioritários para sua implantação são os municípios apontados pelo mapeamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) como áreas de maior risco social. Tais municípios compunham o *Mapa da fome* elaborado durante o governo Itamar Franco.

Além desta prioridade, são critérios de seleção dos municípios para a implantação do PSF:

- Interesse da comunidade
- Necessidades locais de saúde
- Oferta de serviços
- Estudo da demanda
- Existência de apoio diagnóstico terapêutico
- Disposição da administração municipal
- Conselho Municipal de Saúde e Fundo Municipal de Saúde implantados e

funcionando (Viana e Dal Poz, 1998).

Em 1995 o programa foi transferido para o Departamento de Assistência e Promoção à Saúde da Secretaria de Assistência à Saúde. O assunto é analisado pelos autores referidos acima, como um sinal da maior importância atribuída ao programa pelo MS. Além disso, em relação ao aspecto do financiamento, significou um “rompimento” com a verticalização do programa (característica dos programas da

Fundação Nacional de Saúde), que passou a ser financiado pelo mecanismo de convênio. Desse modo, perdeu a característica de programa e passou a configurar-se como estratégia de reorganização do sistema de saúde.

Na opinião de Viana e Dal Poz (1998, p.17) o PSF é “fruto do sucesso de práticas (anteriores) focalizadas dentro da política universal que se constituíram em instrumentos de reorganização” porque passa a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e reestruturação do próprio sistema de saúde, indicativo de que há uma tendência do PSF a se tornar um programa direcionado às populações socialmente desfavorecidas, embora se mantenha o modelo tradicional nas áreas de menor risco dentro do município.

Segundo Vasconcelos (2001), o grande desafio para o PSF é sua integração com serviços locais de saúde bem estruturados, pois isto possibilita redefinir qualitativamente seu modelo de atuação. Sob este aspecto não seria uma proposta focalizada para populações desfavorecidas, mas uma ampliação da atenção primária à saúde, incorporando práticas preventivas, educativas e curativas. Se este modelo continua considerando os grupos mais vulneráveis da população nestas ações, caracteriza-se seu distanciamento da perspectiva de atenção integral e universal, bem como das propostas de atenção de Alma-Ata. Tal percepção é corroborada por Mendes (2005, s/p) ao afirmar:

O Programa de Saúde da Família ainda é, no Brasil, alguma coisa que está entre a proposta de um **programa para pobres** e uma estruturação de um nível de atenção. Estamos longe de ter um Programa de Saúde da Família - PSF que seja, de fato, uma estratégia.

De acordo com Viana e Dal Poz (1998), entre as dificuldades enfrentadas para implantação e implementação do PSF destacam-se:

- A estrutura centralizadora do MS e sua dificuldade em estabelecer pactos de cooperação;
- A falta de recurso humano qualificado para as especificidades do programa;
- As resistências corporativistas;
- A noção errônea de que atenção primária é sinônimo de tecnologia simplificada.

Um possível reflexo das dificuldades dos profissionais para trabalhar sob essa nova ótica de atenção é relatado por Vasconcelos (2001, p.174) para quem o PSF significou mais uma mudança institucional do que um aprofundamento do vínculo profissional de saúde-família:

...passa a se denominar de saúde da família práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. Qualquer tipo de intervenção da equipe passa a ser considerado como familiar. Ao não ter clara a distinção entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, o termo *família* perde a especificidade.

Há um desvirtuamento da proposta do PSF como um novo modelo de atenção. Algumas causas dizem respeito às dificuldades relacionadas com a formação e manutenção da ESF, e principalmente à prática profissional, calcada no modelo biomédico, numa situação em que um novo modelo é proposto mas os recursos para sua implementação, entre eles, o humano, não são competentes para seu adequado funcionamento.

3.3 O contexto sociopolítico em que se desenvolveu a APS no Ceará

Em 1986 o Ceará elegeu com ampla maioria de votos o governador Tasso Jereissati, um representante legítimo do empresariado local, membro do Centro Industrial do Ceará (CIC), grupo que já havia contribuído decisivamente para a

eleição do primeiro governador pelo voto direto (período 1983-1986), após o final da ditadura.

Esse governo iniciou uma era de mudanças no Estado, a começar pela desestruturação da base do modelo político tradicional – o coronelismo – promovendo mudanças sociais, enxugando a máquina administrativa, dando uma nova cara à administração pública no Ceará.

Esse foi o primeiro governo do período que intitulo “Ciclo Jereissati”, que vai de 1987 a 2002, quando o Ceará foi dirigido três vezes pelo ex-governador Tasso Jereissati (1987-1990; 1995-1998; 1999-2002) e uma vez pelo ex-governador Ciro Gomes (1991-1994) aqui incluído porque em seu mandato deu continuidade às políticas implementadas no primeiro período do ciclo (1987-1990).

- **Evolução dos indicadores socioeconômicos**

O Ciclo Jereissati inaugurou um novo marco na administração pública no Ceará e imprimiu as características neoliberais de ajustes, controle de gastos, redução do Estado e abertura de mercado.

No discurso oficial propalava-se como objetivos do “Governo das Mudanças”, *slogan* adotado por Jereissati em seu primeiro mandato:

- Acabar com a pobreza, a miséria e a fome;
- Estimular a renovação política, através de novas lideranças oriundas do meio empresarial e dos profissionais liberais;
- Administrar o estado com base técnico-científica, eliminando o velho favoritismo e impondo uma ética empresarial para gerir o público;
- Reconstruir a economia (Sampaio, 1999:74).

Segundo Sampaio (1999), no re-ordenamento da gestão pública os pilares foram o ajuste fiscal e a reforma da máquina administrativa. A gestão administrativa caracterizou-se pelo estilo autoritário, seguindo a cartilha neoliberal e as recomendações das agências financiadoras internacionais.

Na construção do desenvolvimento econômico foram implementadas políticas que visavam o aproveitamento dos recursos naturais e da superação de obstáculos característicos da natureza e do meio ambiente. Assim destacaram-se as ações públicas para o controle das águas, o maior conhecimento da área territorial, a exploração das riquezas minerais e a valorização das características naturais como fontes de recursos utilizados estrategicamente, exploração do potencial turístico, incentivo ao desenvolvimento industrial apostando na descentralização e interiorização dos investimentos e inovações na política agropecuária (Sampaio, 1999)

Outro aspecto referido por Sampaio (1999) é o tratamento dado à questão fundiária. No período, o Ceará foi o estado brasileiro com maior índice de assentamentos rurais e maior volume de terras negociadas com trabalhadores rurais, embora isso não tenha reduzido a concentração de terras, evidenciando a gravidade da questão no estado.

Na área da educação, sobressaem a criação dos Conselhos Municipais e a escolha dos diretores de escolas por meio do voto como avanços observados no período.

A cultura também foi aquinhoadada com políticas públicas de incentivo, destacando-se a Lei Jereissati, que alavancou projetos culturais mediante uso de incentivos fiscais.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), observou-se uma tendência positiva: o Ceará foi apontado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) como o estado que mais aumentou esse índice entre os anos de 1991 e 2000. No período, o IDH do estado foi em média 0,699, lembrando que nos estados da federação com melhor desempenho o IDH varia entre 0,802-

0,844 (PNUD, 2002). Isso deveu-se sobretudo à melhoria da alfabetização de adultos e ao aumento da taxa de matrículas escolares. Em 1995, entre os jovens de 11-17 anos a média de analfabetismo era de 26,48% contra 50% em pessoas de 15 anos acima em 1991 (Sampaio,1999).

Todas essas medidas, no entanto, não se traduziram em impactos significativos dos indicadores sociais e em melhoria da qualidade de vida da maior parcela da população. De acordo com o documento *Mapa da fome* em 1993 o Ceará ocupava o terceiro lugar em número de indigentes no país, e mais de 50% das famílias de 176 dos seus municípios (94,11%) viviam em estado de indigência. Desse contingente, 9,75% representado por crianças de 0 a 6 anos de idade (Peliano, 1993).

Em decorrência desses achados o governo estadual encomendou uma pesquisa para identificar os municípios mais pobres do estado. Segundo a pesquisa revelou, 37 municípios apresentavam condições precárias refletidas por graves indicadores sociais. Além disso, apesar das medidas de descentralização e interiorização de algumas indústrias, Fortaleza continuou com expressiva concentração de renda, o mesmo acontecendo em relação a alguns poucos municípios detentores de importante participação na renda interna. Os municípios carentes tornaram-se relativamente mais pobres em comparação aos que aumentaram a renda (Sampaio, 1999).

Ainda segundo a mesma fonte, para lembrar mais um indicador básico que expressa qualidade de vida, em 1999 a média de residências com abastecimento de água tratada no estado era de 47,52% e 165 municípios (89,6%) ficaram abaixo dessa média.

- **Evolução dos indicadores de saúde infantil**

As mudanças mais rapidamente sentidas foram as realizadas na saúde, setor para o qual o novo governo acatou as propostas locais, muitas das quais alinhadas com as diretrizes do movimento sanitário, e conferiu a gestão do setor a profissionais capazes de gerir os processos de mudança pelos quais passava a saúde naquele momento. Também não se pode deixar de referir que nesse processo de mudanças, no setor saúde, o governo seguia o modelo recomendado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e a redução dos indicadores de mortalidade infantil e materna eram requisitos para as negociações com aquele agente financiador.

Assim, segundo Abu-El-Haj (1999), num período de dez anos, o Ceará se comprometeu com a efetiva implantação do SUS, o que foi possibilitado pela continuidade do comando político e da determinação em instalar o projeto sanitário, tendo os princípios da reforma sanitária como referência básica de todas as ações públicas.

Conseqüentemente, nos primeiros anos do Ciclo Jereissati o Ceará viveu os processos de estadualização e municipalização da saúde e a implantação e consolidação dos conselhos municipais. Sobressaem, ainda, os investimentos na capacitação dos recursos humanos (condição necessária para efetivação das mudanças) por meio da criação da Escola de Saúde Pública em 1993, e na institucionalização do Programa Agentes de Saúde (no Ceará, o programa foi assim denominado e sua sigla era PAS), bem como com o início da experiência com o Programa Saúde da Família (PSF) .

A redução da mortalidade infantil no Ceará foi uma das principais metas do primeiro quadriênio do Ciclo Jereissati. Para isto a estratégia básica foi o PAS. O

sucesso no alcance dessa meta foi reconhecido internacionalmente em 1993, ao ser o Ceará premiado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) por esse feito.

Como divulgado, a evolução do indicador no estado se deu num contexto de melhorias em alguns indicadores sociais e as ações do PAS, representaram mais um dos fatores que contribuíram para tal.

O quadro 1 demonstra a evolução do indicador no estado, comparativamente ao Brasil e Nordeste, no período compreendido entre a primeira e a segunda administração do Ciclo Jereissati.

Quadro 1. Evolução do índice de mortalidade infantil: 1986-1995

Ano	1986	1995
Brasil	66,2	50
Nordeste	102,9	68
Ceará	107,1	52

Adaptado de Jawdat Abu-Al-Haj, 1999.

O PAS foi a principal estratégia destinada a promover mudanças na área de saúde. Tais mudanças eram necessárias e urgentes, conforme demonstrou a I Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará – PESMIC (Ceará, 1987), primeira de uma série de quatro estudos transversais delineados para serem representativos da população materno-infantil do Ceará. Destes, o último foi realizado em 2001. Essas pesquisas tiveram o objetivo de fazer o diagnóstico situacional de saúde das crianças e mulheres em idade fértil e prover os devidos conhecimentos para planejar as ações (Silva, 1999). Conforme verificou-se por seus resultados, o maior impacto das medidas implementadas foi sem dúvida na taxa de mortalidade infantil, a qual, de 102‰ na primeira PESMIC em 1987, apresentou como média do estado 25‰ na PESMIC IV de 2001 (Ceará, 1987; Ceará, 2003b).

O documento denominado *A saúde no Ceará em grandes números* publicado pela SESA em 2002, final do Ciclo Jereissati, ressalta a estrutura pública de saúde voltada para a criança, formada por agentes comunitários de saúde, equipes do PSF, unidades básicas de saúde e hospitais de referência (Ceará, 2002c). No quadro 2 constam as mudanças ocorridas em alguns indicadores de saúde infantil entre a primeira e a última administração do ciclo.

Quadro 2. Evolução dos indicadores de saúde das crianças cearenses < 3 anos: 1987-2001

Indicadores de saúde	PESMIC I 102/1000 NV	PESMIC IV 25/1000NV
Mortalidade infantil		
Aleit. materno exclusivo até 3 meses	2,3%	29%
Não exclusivo até 3 meses	13%	44%
Misto até 12 meses	26%	37%
Imunização*	50%	95%
Desnutrição aguda (relação peso/idade)	12,8%	3,3%
Desnutrição crônica (relação altura/idade)	27,6%	13,5%

Fonte: Relatórios das PESMICS I e IV.

*Consideradas as crianças de 12-23 meses que já deveriam ter recebido todas as vacinas do esquema tradicional (BCG, DPT antipólio e anti-sarampo).

Apesar da efetiva redução de desnutridos como mostra o quadro 2, a desnutrição crônica, de maior prevalência no estado, ainda apresenta índices muito altos quando comparados com a prevalência encontrada nos estados com melhores indicadores socioeconômicos. Gigante e cols. (2000) encontraram para este indicador a prevalência de 4,9% entre as crianças de 12 meses em Pelotas-RS, e em São Paulo, há mais de uma década, a desnutrição está controlada, e representa um evento raro mesmo entre as crianças pobres (Benicio e cols., 1995).

3.4 O modelo assistencial de saúde no Ceará

A construção do SUS no Ceará passa pelas estratégias gerenciais da descentralização, hierarquização e regionalização e envolve os princípios da universalidade e equidade (Ceará, 1998)

Em relação à descentralização, todas as unidades de saúde do estado no interior foram municipalizadas (Ceará, 2002) e quanto à gestão, segundo informações da SESA, em 2005, existiam 49 municípios (26,6%) habilitados para a gestão plena do sistema municipal e 135 (73,4%) na gestão da atenção básica¹.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) o estado está organizado em três Macrorregiões de Saúde, responsáveis pela atenção terciária, constituída por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta e média complexidade. São elas: Fortaleza, Sobral e Cariri. Além das macrorregionais, existem 22 Microrregiões Assistenciais de Saúde, que organizam a atenção primária e secundária, e que convergem para uma das macrorregiões (Anexos C e D).

As microrregiões são espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios que compartilham os serviços de saúde, formando uma rede assistencial integrada de atenção secundária. Cada uma tem uma gerência microrregional com participação na coordenação e promoção da política estadual de saúde, na assessoria, no acompanhamento e avaliação das ações e dos serviços dos municípios no âmbito da microrregional. Cada microrregião possui um órgão de representação da Secretaria Estadual da Saúde, denominada Célula Regional de Saúde – CERES (Ceará, 2002c; Ceará 2006).

Nessa estrutura organizacional cabe ao município as ações de saúde caracterizadas como cuidados de atenção primária, cuja estratégia operacional no Brasil é o PSF, que particularmente no caso do Ceará, como mencionado, teve como precursor o Programa Agentes de Saúde, primeira estratégia de atenção primária no Estado.

¹ Informação prestada pelo Núcleo de Organização aos Níveis de Atenção/Atenção Primária (NUORG) em 30/3/2006.

3.4.1 As estratégias de APS no Ceará

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), a APS foi implantada no Brasil como uma prestação de assistência médica de forma simplificada e barata, com a finalidade de ampliar a cobertura para a população mais pobre, excluída dos serviços. Daí, portanto, a associação geralmente feita da APS como uma assistência de baixo custo, o que é um engano, pois da forma como está organizado o modelo de assistência, ao se constituir na porta de entrada do sistema, constitui-se também num nível próprio de atendimento, e deve ter resolatividade para atender as denominadas necessidades básicas de saúde, noção que agrega:

um conjunto de ações que na qualidade de atuação médica e sanitária envolve trabalho complexo: os requisitos assistenciais de uma unidade básica de saúde em sua forma própria de assistência serão os de alta capacidade resolutiva e ao mesmo tempo alta sensibilidade diagnóstica, para atuar corretamente nas demandas primárias e propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000, p.36).

Foi com essa marca de medicina de baixo custo, de ações simplificadas, porquanto o primeiro nível de atenção caracteriza-se como o “captador de demandas que serão de menor custo relativamente ao instrumental material e as ações especializadas”, que a APS se desenvolveu no Brasil. Essa sua característica é identificada como marca de boa estratégia de extensão de serviços (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000, p. 36).

Assim, foi com ações identificadas como de baixo custo, realizadas pelos agentes de saúde, que na década de 1980 a APS se difundiu no Ceará e contribuiu, de acordo com os indicadores oficiais de saúde, para a mudança do perfil epidemiológico do Estado.

3.4.1.1 O Programa Agentes de Saúde no Ceará

- **Origem e evolução**

A experiência do PAS no Ceará inspirou-se no Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina, realizado em 1975 pela Universidade de Brasília, Fundação Hospitalar do Distrito Federal e Fundação de Serviço Social do Distrito Federal. Tal projeto visava modificar a visão tradicional dos serviços de saúde e preparar um novo tipo de auxiliar para esse serviço, cujo campo de ação seriam as pequenas comunidades urbanas e zona rural (Barbosa, 1981).

Entre 1979 e 1986 o embrião do que seria o trabalho dos agentes de saúde no Ceará já existia no município de Jucás-CE, numa tentativa de adaptar ao sertão cearense o trabalho desenvolvido em Planaltina-DF, para cá trazida pelo dr. Carlile Lavor, o qual viria a ser o secretário de saúde do estado, no primeiro governo Jereissati, e implantaria o trabalho dos agentes de saúde em todo o Ceará². A princípio a experiência de Jucás foi estendida para quatorze municípios do sertão cearense, e posteriormente para todo o estado.

Oficialmente o trabalho com os agentes de saúde originou-se em 1987, quando teve início uma experiência com agentes de saúde como parte do Programa de Emergência, criado em decorrência da seca, o que ocorreu entre junho de 1987 e junho de 1988. Para dar início ao programa em seu caráter emergencial, foram selecionadas 6.000 mulheres do sertão cearense. Os critérios para essa seleção eram que as agentes de saúde fossem escolhidas entre as mulheres pobres, pois a idéia era garantir um salário mensal durante o período da seca, mas mulheres capazes de fazer o trabalho, conhecidas e respeitadas pela comunidade, independente da escolaridade.

² As informações sobre o PAS são baseadas em entrevista concedida pelo dr. Carlile Lavor, em 29/4/2005.

As ações constituíam-se na busca ativa das gestantes para fazer o pré-natal e encaminhá-las até uma maternidade (na época cerca de 30% dos nascimentos ocorriam em casa); incentivar o aleitamento materno; levar as crianças para vacinar e orientar sobre a higiene da criança e da casa. Para desenvolver essas ações, as mulheres receberam um treinamento de três dias e em cada município beneficiado com o programa havia um profissional de saúde responsável pela supervisão.

Nesse contexto, o programa originou-se como emprego de mão-de-obra não capacitada, para suprir, por um lado, a necessidade de sobrevivência de milhares de famílias, e, por outro, a urgência de se desencadear ações capazes de ajudar a melhorar os indicadores alarmantes da saúde infantil, o que as experiências pontuais realizadas mostravam ser possível por meio de ações simplificadas. Além disso, no campo político, representava um sinal das mudanças, marca do novo governo então iniciado:

...na própria campanha do Tasso, já se foi elaborando um plano de saúde, o plano de saúde do Ceará, e essa idéia do agente de saúde passou a ser uma coisa forte, a vacinação era muito pequena, muita criança morrendo de sarampo, coqueluche, era impressionante, a paralisia infantil...ninguém sabia quantas crianças nasciam e morriam no Ceará. Daí em 87 a gente tava pronto pra testar, estava com a experiência madura para ser estendida pro Ceará todo, aí o problema era como financiar. Mas em 87 teve uma seca, normalmente na seca o governo contrata pessoas, paga as pessoas para sobreviverem, aí eu sugeri pro Tasso...a idéia dele era só pagar as pessoas que fossem trabalhar, em vez de dar meio salário mínimo para sobreviverem, pagar um salário mínimo para as pessoas trabalharem. A preocupação das secretarias era conseguir trabalho, formas de trabalho, e eu sugeri que a saúde contratasse mulheres, nenhuma secretaria contratava mulher, a gente sabe que no interior tem muita família que depende da mulher, o marido vai embora. Então a sugestão dele foi que se contratasse 6.000 mulheres que era o cálculo que a gente tinha feito que seria necessário para fazer o trabalho do agente de saúde no estado todo... (Lavor, entrevista em 29/4/05)

Com a dissolução do Programa de Emergência em agosto de 1988, a repercussão do trabalho desempenhado pelas agentes de saúde foi tanta que o

governo do estado decidiu institucionalizar o agente de saúde por meio de um novo programa, o Programa Agentes de Saúde, criado pelo Decreto nº 19.945, de janeiro de 1989, e regulamentado posteriormente pela Portaria nº 232/92 e Decreto nº 23.079 de fevereiro de 1994 (McAuliffe, 1994; Ceará, 1992). Ao se constituir num programa do Plano de Saúde do Governo do Estado, elaborado para a primeira administração Jereissati, a experiência cearense revelou-se como pioneira no Brasil, como institucionalizada e universalizada, pois embora o trabalho com agentes de saúde já existisse em vários países, e mesmo no Brasil falta-lhe a institucionalização e a universalização.

A princípio foram contratados 150 agentes e gradualmente o PAS foi implantado município a município, e grande parte das mulheres que trabalharam na frente emergencial foram aproveitadas. Ao terminar o primeiro mandato de Jereissati havia no Ceará 3.000 agentes de saúde. Atualmente existem 11.624 em todo o estado³.

Para implantar o PAS, o município era obrigado a contratar um profissional de saúde para supervisionar o programa, não necessariamente um profissional de enfermagem. Gradualmente, porém, esse profissional foi assumindo a liderança do trabalho, o que se caracterizou como a interiorização do (a) enfermeiro (a) via PAS.

Ao se constituir o PAS, a seleção dos agentes de saúde foi então feita pela Secretaria de Saúde do Estado (SESA). De acordo com Lavor, nessa escolha não poderia haver interferência partidária:

O lucro político que ele (o gestor) poderia ter era o resultado do trabalho do agente de saúde mas não a escolha do agente, isso foi uma novidade muito grande, o Estado contratar por seleção e não por indicação, isso fazia uma diferença muito grande no trabalho do agente de saúde, era anunciado no rádio, avisos nos postos da cidade, era realmente uma seleção importante, no mesmo dia, assim

³ Informação prestada pelo NUORG em 30/3/2006.

que terminava, já dava logo o resultado no rádio, era pra não dar tempo de ter interferência política... (Lavor, entrevista em 29/4/05)

A Portaria nº 232/92, de 15 de maio de 1992, da SESA, estabeleceu as normas técnicas e operacionais do programa no Ceará. De acordo com essa regulamentação, o agente de saúde é um “profissional-chave” do programa no nível local e deve atender aos seguintes critérios: morar na comunidade onde trabalha, há pelo menos dois anos, ter no mínimo 18 anos, saber ler e escrever e dispor de oito horas diárias para a atividade. Cada agente de saúde deve acompanhar 100 famílias, se for zona rural, e 300 famílias, se for zona urbana (Ceará, 1992).

Quanto ao processo de recrutamento e seleção, compete ao município, que segue as diretrizes do MS, mas tem autoridade para adaptá-las às suas necessidades.

Atualmente o Ceará encontra-se com todos os municípios cobertos pelo PSF. No entanto, em decorrência de dificuldades já expostas, pode ocorrer que algumas equipes funcionem as vezes, sem o profissional médico.

- **As atribuições dos agentes de saúde**

Em relação às atividades desenvolvidas, além das atribuições preconizadas pelo MS, há algumas específicas do Ceará:

- Educação em saúde com ênfase para as mudanças dos hábitos de higiene pessoal e doméstica, melhorando o asseio das casas e das pessoas;
- Acompanhamento de doenças de longa duração como hanseníase, tuberculose, diabetes, hipertensão, asma, epilepsia, e outras com terapias já estabelecidas pelo médico, vigiando o cumprimento das ordens médicas e evolução da doença;
- Notificação imediata aos serviços de saúde de casos suspeitos de doenças infecto-contagiosas e de fatos importantes de poluição e contaminação na sua comunidade;
- Colaboração e/ou promoção em conjunto com a comunidade, de iniciativas e ações de melhoria da qualidade da água para consumo humano, assim como de acondicionamento e destino final dos dejetos e lixo (Ceará, 1992).

- **A capacitação do agente de saúde**

Ao ser implantado o PAS no Ceará, os agentes foram capacitados nas ações de promoção de saúde infantil. Nessa capacitação foram utilizados os módulos editados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sobre cinco ações básicas de saúde da criança (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, terapia de reidratação oral -TRO-, incentivo à prática do aleitamento materno, manejo correto das infecções respiratórias agudas e esquema básico de vacinação). Este treinamento deveria ser feito no período de sessenta dias (Silva, 1999). Contudo não há informação do total de horas/aula nem sobre a metodologia utilizada.

Num momento posterior, já com o PSF implantado, conforme identificou Andrade (1998), a maioria dos agentes de saúde referiu ter realizado o curso de capacitação em saúde da família para agentes de saúde promovido pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Também foram treinados para trabalhar com IRA, aleitamento materno, diarreia, doenças sexualmente transmissíveis, aí incluída a AIDS, visita domiciliar, territorialização em saúde e hanseníase. Uma parcela menor referiu ter sido treinada para as ações de imunização, pré-natal, planejamento familiar, sarampo, hipertensão, saúde da mulher, cartão da criança, tuberculose enquanto uma pequena parte foi treinada nas ações básicas de saúde, alimentação alternativa, dengue, desnutrição, diabetes, educação nutricional, remédio caseiro, higiene bucal, gestação de alto risco, atenção aos idosos.

Já no final da década de 1990, os agentes de saúde foram mobilizados no Ceará para identificar as crianças fora da escola, num trabalho em conjunto com o UNICEF. Em reconhecimento por esse trabalho, o então secretário de educação do estado criou um curso para os agentes de saúde, usando o material do telecurso

2000. Conforme estabelecido, os agentes de saúde de todo o estado iam uma vez por semana para a sala de aula. Atualmente 60% dos agentes possuem o segundo grau (ensino médio). Com menos de quatro anos de estudo existem apenas cerca de 10%, percentual no qual estão incluídos os primeiros participantes que iniciaram na época do Programa de Emergência, e que já estão se aposentando (Lavor, entrevista em 29/4/2005).

No Brasil, 60% dos agentes de saúde têm o ensino médio completo ou incompleto; 18% o ensino fundamental completo e 22% estão por concluir o ensino fundamental (Brasil, 2004).

De acordo com a diretriz do MS, de qualificação profissional básica para o agente de saúde, e processo de educação permanente, o Ceará vem promovendo um curso técnico que será estendido a todos os municípios, cujo objetivo é tornar os agentes de saúde técnicos de nível médio. Ao concluir a qualificação o agente recebe um certificado de agente de saúde. A meta portanto, é a qualificação de todos os agentes de saúde do estado (Ceará, 2004).

Como projeto piloto, a qualificação do agente de saúde iniciou-se no estado em 2002, no município de Sobral, onde, além da capacitação com o curso técnico, ocorreu uma experiência com 30 agentes de saúde. Estes, via Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia fizeram um curso seqüencial de dois anos, e obtiveram um certificado de 3º. Grau, conferido pela Universidade Vale do Acaraú (UVA). Tal experiência, porém, restringiu-se ao município de Sobral, a qualificação em vigor no Estado é o curso técnico de nível médio.

3.4.1.2 A transição PAS/PSF

Como já referido, o PAS propiciou a interiorização das (os) enfermeiras (os). Paralelamente a isso, por volta de 1989 -1990, com o processo de descentralização,

os municípios começaram a assumir a gestão da saúde e passaram a contratar mais médicos e mais enfermeiros e, em menor escala, outros profissionais, como dentistas e farmacêuticos. De acordo com Lavor, a própria demanda criada pelos agentes de saúde foi mostrando a necessidade da contratação dos novos profissionais e a descentralização do trabalho destes:

...esse casamento do agente de saúde com o saúde da família foi uma coisa natural, já havia os agentes, já havia o enfermeiro que supervisionava, o médico, que não trabalhava oito horas, trabalhava mais no hospital. Foi preciso descentralizar o trabalho do médico e contratar mais enfermeiros. Estes trabalhavam essencialmente nas cidades, alguns municípios já tinham enfermeiros nos distritos (...) mas houve então, um crescimento natural, o saúde da família foi um crescimento natural dos programas que já vinham em desenvolvimento a municipalização da saúde, o PAS ... (Lavor, entrevista em 29/4/05).

Assim é, que lançado oficialmente no Brasil em maio de 1994, no Ceará, a experiência do PSF já acontecia em alguns municípios desde 1993. De acordo com os dados do SIAB/Ce, no ano de 2002 todos os municípios já contavam com equipes de saúde da família, num total de 1.097 equipes em todo o estado, e atualmente esse número passou para 1320 equipes (SIAB-Ce, 2003b; 2005c), a respeito do PSF, relata Lavor:

...também nasceu daqui do Ceará o saúde da família, porque havia em Niterói um programa chamado “Médico da família” que foi implantado pelo pessoal de Cuba, era bem diferente, era um médico para acompanhar 120 famílias, não tinha enfermeiro, era só auxiliar de enfermagem, o enfermeiro assim, especialista, era só como apoio, no Ceará não, foi o médico e o enfermeiro já com o agente de saúde, existiram os dois modelos, o modelo de Niterói que realmente não se desenvolveu, era um modelo muito médico, técnico, era bom para o Rio de Janeiro, porque lá tinha muito médico, mas aqui, como a gente tinha pouco médico, a gente tinha uma experiência muito boa com os enfermeiros e os agentes de saúde, aí foi esse modelo que se desenvolveu (Lavor, entrevista em 29/4/05).

No novo modelo, as Unidades Básicas de Saúde são transformadas em Unidades de Saúde da Família e incorporam as ações programáticas de forma mais

abrangente, sendo responsáveis pelo atendimento de 85% dos problemas de saúde da população. Para isso prevê a interação intersetorial e requer novos campos de conhecimento (Andrade, 1998).

Como mencionado, o governo do estado é responsável pelo treinamento das equipes, pelo apoio para a implantação, acompanhamento e avaliação, além de financiar o pagamento dos agentes de saúde.

Num estudo sobre o perfil do PSF no Ceará, Andrade (1998, p.61) constatou que:

- Os médicos e enfermeiros realizavam atendimento ambulatorial, dedicando em média 6 horas por dia à atividade. Cada profissional (médico e enfermeiro) assistia cerca de 28 pacientes ao dia;
- Os diagnósticos mais comuns no atendimento ambulatorial eram: infecções respiratórias agudas, diarreia, hipertensão, dermatoses e desnutrição;
- As atividades comunitárias não eram realizadas em sua plenitude. Somente 61% das equipes afirmaram realizar ações de identificação de lideranças e de grupos organizados de participação comunitária na sua área de atuação;
- Todos os membros da equipe afirmaram participar das visitas domiciliares. Porém além do agente de saúde, o enfermeiro foi reconhecido como o profissional mais presente nas visitas às residências.

Ainda como revelado por esse mesmo estudo, a maioria dos médicos dedicavam:

maior tempo ao atendimento clínico, algum tempo às visitas domiciliares, sessões educativas e reuniões com a comunidade, praticamente não participando das atividades administrativas-gerenciais, da supervisão em campo e de momentos de capacitação (Andrade, 1998, p.100).

Ao se referir às limitações e dificuldades do PSF no Ceará, Andrade apontou:

- A necessidade de educação continuada para os profissionais da ESF;
- A melhoria da estrutura física das USF, bem como dos equipamentos e meios de diagnósticos para todos os usuários;

- A necessidade de transportes em boas condições para o deslocamento das equipes;
- A garantia de medicamentos básicos;
- A redução do tamanho da área de abrangência e o número de pessoas sob responsabilidade de algumas equipes.

Além destes aspectos, o estudo citou a necessidade de assegurar uma alternativa de contratação capaz de garantir aos profissionais seus direitos trabalhistas, aspecto provavelmente relacionado com a alta rotatividade dos profissionais, sobretudo médicos e enfermeiros, nos municípios. Atualmente verifica-se um avanço em relação a isso, e o estado está fazendo concurso público em vários municípios para a contratação dos profissionais de nível superior da ESF.

A despeito do pioneirismo na implantação do PACS e do PSF, o serviço de saúde no Ceará não teve a organização adequada, e manteve o atendimento voltado quase exclusivamente para a doença, sem priorizar as ações preventivas e de promoção da saúde, ou seja, não contemplando a ótica do programa de vigilância à saúde. O atendimento visa suprir a demanda espontânea, mas não ocorre, efetivamente, a participação da comunidade como pressupõem as estratégias de atenção primária (Goya, 1996; Andrade, 1998).

Essa constatação guarda estreita ligação com a questão já comentada da insuficiência da formação dos profissionais de saúde para o novo modelo de atenção, com a falta de subsídios técnicos dos profissionais, de maneira geral, para trabalhar com educação em saúde, alicerce da prevenção e promoção.

3.5 O papel social do agente de saúde

No Ceará, conforme exposto, o trabalho dos agentes de saúde surgiu no âmbito de um programa do governo. Portanto, diferentemente da experiência de

outros estados, onde esse programa ou teve origem em movimentos sociais, ou as pessoas que passaram a desenvolver as ações de agente de saúde eram emergentes desses movimentos, a exemplo da experiência de Petrópolis-Rio de Janeiro, relatada por David (2001). Nesse local, a formação inicial das agentes ocorreu num contexto de luta por melhores condições de vida e participação democrática das camadas populares, como iniciativa de uma ordem religiosa católica, cuja perspectiva era o pensamento progressista da Teologia da Libertação, com uma clara “opção ideológica e política”.

Para esse grupo, “a questão da saúde era apenas mais uma das questões a serem vocalizadas como demanda do poder público” (David, 2001, p.222). Posteriormente, ao ser implantado o PACS no Rio de Janeiro, essas agentes de saúde foram institucionalizadas.

Já na experiência do Maranhão relatada por Castro Santos (2003), as agentes de saúde tiveram uma formação sociopolítica forjada no âmbito de um movimento social desencadeado por questão de sobrevivência, a luta das mulheres camponesas pelo uso da terra – o Movimento das Quebradeiras de Coco Babaçu – o qual, num momento posterior, incluiu a luta pela saúde. Assim, ao ser instituído o PACS naquele estado, algumas líderes do movimento, bem como muitas mulheres camponesas que haviam sido voluntárias da Pastoral da Criança passaram a exercer as funções de agente de saúde. Isto significou o engajamento no programa de mulheres com maior grau de consciência crítica, fruto do aprendizado facilitado por organizações não-governamentais e redes ligadas à Igreja Católica, como a Cáritas Brasileira e a Comissão Pastoral da Terra, de cunho progressista, inspiradas na pedagogia libertadora de Paulo Freire.

No Ceará, entretanto, a realidade foi outra. As mulheres recrutadas na experiência do Programa de Emergência, a maioria das quais permaneceram após a institucionalização do PAS, não possuíam nenhuma formação política, e desconheciam a noção de direito social. Para elas, o PAS passou a representar a fonte de sobrevivência. Assim não me surpreendeu a constatação empírica de que faltam, as agentes de saúde de Uruburetama os subsídios que lhes favoreçam a reflexão sobre seu papel no sistema de saúde e sua importância como agentes de mediação entre este e a comunidade. Tal mediação reduz-se, pois, aos aspectos do elo no sentido mais imediato do termo.

3.6 O educador popular em saúde: um papel a espera de ator na atenção primária

Em sua concepção tradicional, a educação em saúde (ES) é uma atividade desenvolvida por profissionais da área da saúde, por meio da qual conhecimentos científicos reconhecidos como capazes de subsidiar a promoção e prevenção da saúde são transmitidos às pessoas com vistas a favorecer a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença.

Como prática sistematizada, a ES desenvolveu-se no Brasil no final do século XIX, em atendimento às necessidades impostas pela economia, de combater as epidemias que não só representavam ameaças a mão-de-obra mas também transtornos para as atividades agroexportadoras. A ES orientava-se então pela ótica biologicista e suas práticas calcavam-se no higienismo. Segundo Alves (2005, p.45) “este discurso predominou no campo da educação em saúde durante as décadas seguintes, podendo ser encontrado ainda hoje como orientador de práticas educativas”.

Apenas a partir de 1940 algumas mudanças começaram a se verificar no campo da ES. Contudo, essas mudanças se fizeram sentir mais concretamente a partir de 1960, quando, com a Medicina Comunitária, a comunidade passou a ser reconhecida como importante para a solução dos seus próprios problemas. Mas o reconhecimento dos determinantes sociais de tais problemas continuava ausente da prática educativa: “por trás do apelo à participação comunitária parece camuflar-se o mesmo discurso de culpabilidade dos sujeitos com a ressalva da culpabilização passar da individualidade para a coletividade” (Alves, 2005:45)

No período da ditadura, por volta da segunda metade dos anos 1970, a resistência e insatisfação popular repercutiam na organização de movimentos sociais, que congregavam populares e intelectuais, cuja participação se pautava pela teoria da Educação Popular. A participação de profissionais de saúde nesses movimentos favoreceu a ruptura com a ES tradicional, e fez despertar uma nova prática em educação em saúde, a qual ocorria principalmente nas cidades interioranas e nas periferias dos grandes centros urbanos (Vasconcelos, 2001b).

Era o momento da crítica às práticas educativas autoritárias, da aproximação com as classes populares, da necessidade de rever as práticas sob um novo olhar, onde o reconhecimento do outro e o estabelecimento do diálogo são fundamentais.

Foi neste contexto de revisão das práticas, e de insatisfação de alguns profissionais com os rumos dos serviços oficiais, que a proposta pedagógica de Paulo Freire, ou a Educação Popular, foi assimilada, tornando-se nas palavras de Vasconcelos (2001b) o elemento estruturante fundamental do movimento da Educação Popular e Saúde (EPS). É ainda esse mesmo autor quem propõe a caracterização da EPS como um movimento social, o movimento de educação popular e saúde, um processo em construção, no qual todos os que entendem a

Educação Popular como alternativa que possibilita a participação, a integração das pessoas, seu reconhecimento como sujeitos, o respeito as diferenças são mediadores.

Surgido na conjuntura histórica de construção e implementação do SUS, atualmente esse movimento está organizado na Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), a qual nas palavras de Stotz (2003c, p.179) “nasceu no dia 5 de dezembro de 2003” quando se realizou o I Encontro Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde e constitui-se numa das expressões nacionais mais significativas da EPS. De acordo com Stotz (2003c, p.180) a ANEPS é definida como “uma instancia de interlocução entre movimentos e práticas populares, profissionais de saúde, pesquisadores e técnicos do governo, representados, na base, por centenas de entidades espalhadas pelo país afora...”

Em sua concepção como prática de Educação Popular, a educação em saúde constitui-se num processo que se dá em todas as ações cotidianas dos profissionais de saúde. Nele educador e educando aprendem e ensinam e procuram entender a produção da saúde/doença no contexto dos determinantes sócio-históricos característicos dos diversos grupos sociais (Smeke e Oliveira, 2001).

Segundo Briceño-Leon, citado por Alves (2004), a orientação das ações de saúde, nessa nova ótica, deve se pautar por dois princípios básicos. O primeiro é a necessidade de conhecimento do contexto sociocultural onde vivem as pessoas às quais se destinam as ações de saúde e o segundo é a necessidade de trabalhar com as pessoas e não para elas. Apenas essa participação comunitária, assegura o autor, poderá garantir a sustentabilidade e efetividade das ações.

Ao se pautar por esses princípios, o nível da atenção primária deveria ser um espaço privilegiado para a prática da EPS. No entanto, essa proximidade não garante que o conhecimento da realidade interferirá nas ações concretas, e a participação comunitária longe está do desejável. Uma das possíveis causas para isso é a inabilidade dos profissionais da ESF para desenvolver ações educativas que se caracterizem como EPS, a qual na verdade constitui-se numa prática desafiadora, na visão de Stotz (2003, s/p):

A Educação Popular e Saúde é parte de um movimento mais amplo, seria mais correto falar que é patrimônio comum de pessoas que participam em redes de movimentos sociais. A Educação Popular e Saúde é um campo de teoria e prática que, enraizada em matrizes diferentes humanista, cristã e socialista, encontra seu denominador comum no pensamento de Paulo Freire. Ela se contrapõe ao autoritarismo vigente na cultura sanitária e no modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área da saúde e orienta-se por modos alternativos e bastante diferenciados de lutar pela transformação das relações de subordinação e de opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre os saberes e práticas.

Na proposta metodológica de Paulo Freire, educar é um ato solidário, “não há educadores nem educandos puros”, no trabalho de educação os dois lados ensinam e aprendem (Brandão, 2004).

A meu ver, essa característica da EP aponta para a principal dificuldade dos profissionais de saúde realizarem atividades educativas sob essa perspectiva, pois isto requer estabelecer uma relação na qual esse profissional deixa de ser “o dono da verdade” para ser um igual ao seu “paciente”, que deixa essa condição para ser um igual ao “doutor”. Possivelmente é mais difícil o “paciente” deixar essa condição, que o profissional de saúde reconhecê-lo como sujeito, porque foi na condição de passividade que a medicina hegemônica o colocou desde sempre. Ademais, por ser o paciente, presumivelmente, a parte mais fragilizada na relação que se estabelece, cabe ao profissional fazer a ruptura da verticalidade da relação doutor/paciente,

para a horizontalidade educador/educando, estabelecendo um novo padrão de relacionamento, onde os dois são sujeitos em interação.

- **O agente de saúde como educador**

São inúmeras as referências de autores e de documentos oficiais ao papel de educador desempenhado pelo agente ou dele esperado (Silva, 2003; Sousa, 2003; David, 2001; Brasil, 1994; Brasil, 2002; Brasil, 2002b).

Conforme parece, esse papel de educador é inerente ao próprio fato de alguém se interessar pela atividade de agente de saúde, pois em nenhum dos documentos oficiais referentes ao PACS, destaca-se qualquer teor de formação do agente quanto a torná-lo um educador em saúde na comunidade, menos ainda um educador popular em saúde.

Nos documentos oficiais citados anteriormente são referidas ações como: executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia de conquista de qualidade de vida; participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida; promover a educação em saúde; estimular continuamente a organização comunitária; fortalecer os elos de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde” (Brasil, 1994; Brasil, 2002b). Estas, entre outras, são algumas das ações educativas a ser desenvolvidas pelos agentes de saúde.

Na minha opinião, a capacitação dos agentes deveria privilegiar sua ação como educador-facilitador. Entretanto, não é isso o que ocorre.

A exigência de ser o agente pertencente à comunidade onde vai desempenhar suas atividades é um fator importante na sua formação como facilitador do processo educativo que deveria pautar sua prática. Ele conhece bem o

meio onde desenvolve suas ações, e na maioria das vezes vive nesse meio. Mas isso não significa ter uma compreensão maior sobre a realidade que vivencia, pois faltam-lhe subsídios que o ajudem no processo de autoconhecimento. Sua capacitação como agente educador/facilitador deveria contribuir para uma compreensão mais profunda da realidade, de sua razão de ser como é, e de como contribuir para melhorar o que for possível, a partir da posição que ocupa na ESF. Faz falta a esse agente, o processo educativo capaz de favorecer o desenvolvimento da criticidade necessária para estabelecer as causalidades dos fenômenos por ele vivenciados.

De posse desses instrumentos, ele poderia ser, primeiro, um agente de mudanças onde elas forem necessárias e possíveis, e, segundo, um facilitador na promoção da participação comunitária, de forma mais efetiva. Quanto mais crítica for a compreensão dos fatos, mais críticas também serão as ações no sentido de apropriação pelo homem de sua inserção no contexto, sua integração (Freire, 2003).

No entanto, nesse aspecto específico, a ressalva não pode ser dirigida apenas ao agente de saúde, mas a toda a ESF da qual faz parte e onde, do ponto de vista da educação formal e capacitação técnica, os demais membros hierarquicamente ocupam uma posição superior. As atividades educativas são de responsabilidade de todos os componentes da equipe e sua prática pelos profissionais de nível superior, regra geral, são calcadas na “verdade” do saber técnico-científico, que precisa ser ensinado/imposto. Então, como esperar que esse agente seja um educador popular em saúde? Nessa conjuntura, o discurso do MS sobre esse agente educador soa vazio e distanciado da realidade e das práticas observadas.

4. A família no contexto da atenção primária

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (CF, Capítulo II, Art. 6º).

A necessidade de contextualizar a família na atenção primária se impôs como forma de fazer o contraponto entre as condições concretas de vida da comunidade e o que demonstram os indicadores de saúde. Esses, tomados como base para o planejamento em saúde, podem não dar conta das demandas, apontando para a importância de, a eles, aliar-se o conhecimento mais subjetivo que só o cotidiano das famílias revela. Nesse aspecto, o agente de saúde é ator privilegiado na ESF.

4.1 O nível local: O contexto demográfico

Em 2000, segundo o IBGE, a taxa de urbanização foi de 67,93%, enquanto a densidade demográfica foi de 131,66 hab/km². Entre os censos de 1991 e 2000 a taxa geométrica de crescimento anual da população urbana totalizou 3,36% e a população rural de 0,10%. Quanto à média de moradores por domicílio da área urbana, atingiu 4,10 e a área rural, 4,51, sendo a média de 4,48, um pouco acima da estadual, de 4,21. Na tabela 5 encontra-se discriminada a população total do município.

Tabela 5. População residente em 2000 e população estimada pelo IBGE para 2004. Uruburetama-CE. 2003

Discriminação	2000		2004	
	Nº	%	Nº	%
Total	16.444,00	100	19.573,00	100
Urbana	11.170,00	67,93	-	-
Rural	5.274,00	32,07	-	-
Homens	8.294,00	50,44	9.723,00	49,68
Mulheres	8.150,00	49,56	9.850,00	50,32

Fonte: IBGE – Censo Demográfico, 2000 / IPECE, 2002

Como mostram os dados, a taxa geométrica de crescimento anual da população urbana no município é superior às do Brasil e Nordeste, de 1,64 e 1,31,

respectivamente. Sendo essa taxa influenciada pela natalidade, mortalidade e migrações, pode-se supor que, no município, a taxa de fecundidade tem seguido a mesma tendência da região Nordeste onde ainda ocorrem taxas elevadas de fecundidade quando comparado com as demais regiões brasileiras. É provável também que o fenômeno da migração para outras regiões não seja tão importante no município, suposição reforçada pela razão entre os sexos, de 101,67 revelando uma predominância do sexo masculino, diferentemente da tendência observada no Nordeste e no Brasil (Brasil, 2005).

Entretanto, ao se comparar a taxa de crescimento urbano com a rural de 0,10, verifica-se no município a tendência de migração da população para a zona urbana. Isto se reflete na concentração de 67,93% das pessoas vivendo na sede, o que, apesar de estar abaixo das médias brasileira e nordestina, de 81,3 e 69,1, respectivamente, já representa sério agravamento das condições de vida na zona urbana, onde não existe infra-estrutura para absorver todo esse contingente. Conforme se observa, é flagrante a insuficiência da rede de serviços sociais, a falta de saneamento, o desemprego. No município vários aspectos evidenciam essa realidade, a exemplo do grande número de pessoas desocupadas, principalmente do sexo masculino.

Além disso, os lixões e esgotos a céu aberto fazem parte do cenário, sobretudo nas ruas periféricas.

Quanto à estrutura etária da população, há a seguinte composição: 37,52% na faixa etária de 0 a 14 anos; 55,8% entre 15 a 64 anos e 6,68% de idosos. A proporção de idosos numa população é influenciada pelo declínio das taxas de fecundidade e natalidade e reflete melhoria das condições de vida. Pode ser

também influenciada pela emigração da população mais jovem, nas regiões onde é comum esse movimento populacional (Coelho Filho e Ramos, 1999).

O documento *Perfil básico municipal* (Ceará, 2005), fonte dos dados sobre a estrutura etária da população de Uruburetama, utiliza como ponto de corte a idade de 65 anos. Isto dificulta a comparação desse indicador com os dados do IBGE, que considera idosa a população de 60 anos e mais, tal como definido na Política Nacional do Idoso. Por esse critério, a média da população idosa brasileira é 9,1% e a do Nordeste, 8,8%.

Já a razão de dependência no município é 79,21, significando a relação entre as pessoas menores de 15 anos e as maiores de 65 e a população de 15 a 64 anos, considerada potencialmente ativa. Esse valor é superior aos observados para o Brasil e Nordeste, 54,9 e 63,5 respectivamente, e reflete uma grande parcela de pessoas economicamente dependentes.

4.2 O perfil socioeconômico

No município a taxa de escolarização em relação ao ensino fundamental é de 100%. Essa taxa no Brasil é de 93,7% e no Nordeste, 91,5. Em relação ao ensino médio, a taxa municipal é 23,14% (Ceará, 2002d). No entanto, 51,3% da população tem menos de 4 anos de estudo (Ceará, 2005b).

De acordo com o IPEA (Brasil, 2005b) o PIB *per capita* médio do Brasil é de R\$ 5.648,00. A região Nordeste é a que apresenta o menor valor com R\$ 2.603,00 refletindo as condições precárias de vida na região. Ao relacionar-se a média do estado do Ceará com a do município, deve-se considerar que essa média é influenciada pela alta concentração de renda em determinados segmentos populacionais, o que mascara as reais condições de vida dos municípios mais pobres do estado.

A tabela 6 mostra a composição do PIB municipal em contraposição ao estado.

Tabela 6. PIB de Uruburetama e do Ceará referentes ao ano de 2002

Discriminação	Município	Estado
PIB <i>per capita</i> (R\$ 1,00)	2.172	3.129
PIB por setor (%)	100	100
Agropecuária	9,3	6,6
Indústria	31,6	36,0
Serviços	59,1	57,3

Fonte: IBGE / IPECE

Para o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), houve segundo o PNUD uma retração no município, ao passar de 0,526 em 1991 para 0,496, em 2000. Seus componentes apresentaram a seguinte variação: a renda variou de 0,632 para 0,597; a longevidade, de 0,465 para 0,685; a educação, de 0,784 para 0,714 (PNUD, 2002). Essa involução do indicador municipal aponta para uma tendência oposta à observada no estado de maneira geral.

O Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM) calculado a cada dois anos é medido no Ceará desde 1997. Dessa data, até 2002, última informação disponível, Uruburetama classifica-se como município de terceira classe, da qual constam 76 municípios cearenses onde vive 26,1% da população do estado. De acordo com esse último IDM, o índice municipal foi 30,21, classificando-se no cômputo geral em 49º lugar (Ceará, 2002d).

Outro indicador usado no estado é o Índice de Desenvolvimento Social (IDS), desenvolvido para medir a inclusão social, política social considerada como uma das prioridades da atual administração pública do estado. Esse índice é composto por indicadores de saúde, educação, condições de moradia, emprego e renda e desenvolvimento rural e tem duas abordagens: o Índice de Desenvolvimento Social de Resultados (IDS-R), que mede o alcance dos objetivos, e o Índice de

Desenvolvimento Social de Oferta (IDS-O), que avalia o nível de oferta dos serviços públicos na área social. Em 2003, o IDS-R de Uruburetama foi 0,4710, considerado regular e correspondendo à 32ª. classificação no estado (Ceará, 2005b).

A título de ilustração, entre as desigualdades regionais brasileiras, vale a pena comparar a classificação do município, quanto ao índice de inclusão social no estado, com um outro índice utilizado no Brasil para medir a exclusão social⁴. De acordo com esse, Uruburetama obteve 0,344 e ocupa o 4.749º lugar entre os 5.507 municípios brasileiros constantes do Censo 2000 (Pochmann e Amorim, 2003).

4.3 Contextualizando os indicadores de saúde materno-infantil

Em relação a Uruburetama, os indicadores mostrados a seguir baseiam-se na média divulgada pelo SIAB para o período de agosto de 2004 a agosto de 2005, quando nasceram 317 crianças no município (Ceará, 2006). Em agosto de 2004, mês de início do trabalho de campo, nasceram 23 crianças que formaram o grupo acompanhado pela pesquisa.

- Mortalidade infantil: A taxa informada no município foi 6,31/1.000NV. Segundo o IPEA a taxa de mortalidade infantil no Brasil foi 19,3 e no Nordeste, 23,9 (Brasil, 2005). Apesar de taxa informada no município se classificar como baixa, não reflete as reais condições de vida observadas.

A OMS considera mortalidade infantil baixa o coeficiente $< 40/1.000NV$. Todavia no trabalho ora desenvolvido, uma das limitações desse indicador é o sub-registro de nascidos vivos, pois em relação ao mês de início da pesquisa, agosto de 2004, ocorreram dois vieses na formação desse indicador: um óbito neonatal não

⁴ Pochmann e Amorim (2003) construíram um índice de exclusão social mediante a combinação do que chamaram padrão de vida digno (pobreza, emprego formal e desigualdade de renda) e conhecimento (alfabetização > 5 anos e número de anos de estudo do chefe do domicílio) mais o risco juvenil. Utilizando este índice montaram o mapa de exclusão social no Brasil classificando os municípios num ranking nacional. O índice varia de 0-1, número que expressa as melhores condições de vida.

informado pelo sistema e um sub-registro de nascido vivo. Embora o SIAB tenha informado 22 crianças, nasceram 23. Dezoito crianças nasceram no hospital local, uma no domicílio e quatro outras nasceram em municípios vizinhos. Desses cinco nascimentos não ocorridos no hospital local o sistema deixou de registrar um.

Não seria, pois, imprópria a suposição de que em outros meses do período observado tenha ocorrido a mesma falha na notificação dos nascidos vivos. Esse fato é importante em virtude da oscilação deste indicador em pequenas populações⁵ nas quais cada óbito a mais ou a menos provoca grandes variações (Brasil, 2005b). Então o uso do número absoluto é recomendado juntamente com a taxa na interpretação desse indicador. A taxa ora informada de 6,31/1.000NV corresponde a dois óbitos infantis, um por pneumonia e outro por desnutrição relacionada a prematuridade. Para o grupo acompanhado, não ocorreu nenhum óbito.

- Mortalidade neonatal: Apesar de não constar no SIAB, a pesquisa na declaração de óbitos na Secretaria de Saúde do município mostrou ter ocorrido no período um óbito neonatal precoce, por infecção, numa criança com três dias de nascida.
- Taxa de baixo peso ao nascer: 6,62%.

No grupo acompanhado, nasceu apenas uma criança com peso inferior a 2.500g, ou seja, 4,35%. Convenções internacionais consideram como aceitável que até 10% dos nascidos vivos pesem menos que 2.500 gramas. Nos países desenvolvidos, essa taxa oscila entre 5 a 6%. A sua elevação reflete condições inadequadas de assistência materno-infantil e baixo nível de desenvolvimento econômico. Sob esse último aspecto, esse indicador não reflete as reais condições de vida no município. Quanto à assistência materno-infantil, referente ao

⁵ O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica classifica como pequenas populações os municípios com menos de 80.000 habitantes.

acompanhamento pré-natal, segundo o SIAB, 74,34% das gestantes iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre, porém o SIAB não informa a média de consultas de pré-natal realizadas. Para o indicador sugerido pelo Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (proporção de nascidos vivos com 4 ou mais consultas de pré-natal), no grupo acompanhado tal indicador foi de 47,8%. Considera-se esse percentual elevado quando fica acima de 80%.

- Natimortalidade: Não houve nenhuma ocorrência no município, o que está coerente com a tendência observada no estado, onde esse indicador tem declinado consideravelmente. De cerca de 15 óbitos fetais/1.000 NV em 1996, reduziu-se para cerca de 11/1.000 nos últimos quatro anos (Ceará, 2002c).

- Taxa de hospitalização em menores de 5 anos por pneumonia: 2,89%.

Esse indicador reflete deficiências no acesso e no atendimento na atenção básica. Entre as crianças acompanhadas algumas apresentaram até cinco episódios de IRA, mas não houve nenhum internamento.

- Imunização tetravalente: Para as crianças até 11 meses e 29 dias o SIAB informou a cobertura de 94,39%. Esse dado, porém, se refere ao esquema básico de vacinas no primeiro ano de vida. O indicador recomendado diz respeito ao número de crianças até 1 ano vacinadas com as três doses da tetravalente. Das crianças acompanhadas, 100% haviam tomado as três doses. Para o Ministério da Saúde a cobertura de 95% é a ideal (Brasil, 2005c)

- Óbitos de mulheres em idade fértil: 5,06%, ocorridos na faixa etária de 15-49 anos.

- Mortalidade materna: O SIAB não coleta esse dado. Para o período do estudo, à época da pesquisa de campo, a informação quanto a esse indicador ainda não estava disponível no município nem nos meios de divulgação da SESA.

- Proporção de nascidos vivos com quatro ou mais consultas de pré-natal: 89%.

A meta proposta pelo município para esse indicador era de 90%. Segundo informou o SIAB, a média de gestantes cadastradas no período foi 155, das quais 98,06% fizeram o acompanhamento pré-natal. No entanto, como relatado anteriormente, não especificou o número de consultas. Em relação ao total de gestantes, o percentual de menores de 20 anos foi 25,16%. O IBGE apontou em 1999 a taxa de gestantes adolescentes (15 – 19 anos) de 87,3/1.000 mulheres no Brasil e 92,7/1.000 no Nordeste. Portanto, a taxa do município está bem acima (250/1.000), ou seja, é praticamente o dobro da maior taxa de fecundidade para o grupo verificado no Brasil, 124,2/1.000, correspondente à região Norte.

- Internamentos por desidratação: 3,86.

A desidratação ainda é um componente importante da mortalidade infantil no Ceará (Leite e cols., 2002). Sua ocorrência reflete tanto a qualidade da atenção como as condições de vida no nível local.

Entre as crianças acompanhadas não houve nenhum caso de internação, mas algumas delas tiveram até seis episódios de diarreia durante o primeiro ano de vida.

- Aleitamento materno até o quarto mês: para o total de 317 crianças nascidas no ano, o SIAB informou que 76,34% adotaram aleitamento exclusivo e 22,9 fizeram o aleitamento misto. Entretanto, ao calcular a taxa tomando como referência apenas o grupo acompanhado, a prática do aleitamento materno exclusivo até o quarto mês, tal como definida na literatura (leite exclusivo, sem água ou chá) só foi realizada por uma mãe (5,6%), enquanto 77,7% fizeram o aleitamento misto já no primeiro mês de vida, 11,1% introduziu outro leite no segundo mês e 5,6% no quarto mês.

- Desnutrição infantil: 96,52% das crianças no primeiro ano de vida foram pesadas todo mês e o percentual de desnutrição encontrado foi de 4,53. Para o grupo acompanhado, o percentual pesado mensalmente foi de 68,75. Considerando-se o diagnóstico apenas pelo déficit de peso para a idade, indicador utilizado pelos agentes de saúde, não ocorreu desnutrição. No entanto, outros sinais evidentes de carência nutricional como palidez e atraso motor foram identificados, evidenciando a inadequação da classificação do estado nutricional apenas pelo critério da relação peso-idade.

Entre esses indicadores, alguns compõem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, cujas metas são pactuadas entre o município e o MS (Brasil, 2005c). O quadro 3 demonstra esses indicadores e as metas propostas e realizadas pelo município, referentes ao ano de 2004.

Quadro 3. Avaliação municipal do pacto de indicadores da atenção básica.
Uruburetama-CE, 2004

Principais indicadores	Unid.	Meta proposta	Resultado
Número absoluto de óbitos em < 1 ano	Qtde.	8,0	8,0
Taxa de MI	/1000	24,0	20,5
Proporção de NV com baixo peso ao nascer	/100	7,7	10,5
Taxa de internações por IRA em < 5 anos	/1000	10,0	16,9
Prop. de óbitos em < 1 ano por causas mal definidas	/100	6,0	0
Número absoluto de óbitos neonatais	Qtde.	6,0	5,0
Taxa de mortalidade neonatal	/1000	15,1	12,8

Fonte: Secretaria de Saúde de Uruburetama-CE.

Conforme observado, a taxa de internações por IRA ficou bem acima da meta proposta. Desse modo, ressalta a importância da doença no perfil de saúde das crianças no município, corroborando estudos que demonstram ser esse um componente essencial na morbi-mortalidade no estado.

Também, conforme observado, a meta para o baixo peso ao nascer não foi alcançada, pois essa taxa situou-se acima do que a OMS considera como aceitável. Tal resultado do cômputo geral é mais coerente com as condições de vida no município que aquele restrito ao grupo de crianças acompanhadas pela pesquisa.

4.4 As famílias acompanhadas pela pesquisa

O conceito de família tem passado por mudanças relacionadas à maneira como as famílias se formam e convivem na atualidade. Assim o termo família não designa mais, pelo menos não somente, o modelo família nuclear, que apesar de todos os transtornos modernos ainda povoa nosso imaginário. Mesmo que este modelo continue a existir, deixou de ser a regra.

A idéia da família patriarcal, onde o homem, além de provedor material, provê também as regras de conduta dos membros familiares, passa hoje por um processo dinâmico no qual as transformações do papel da mulher são cada vez mais determinantes do modelo familiar. Portanto, é cada vez mais freqüente a existência de famílias nas quais a figura masculina não é mais central, e até mesmo onde não existe essa figura como um referencial. Dias (2004) vai mais além. Segundo afirma, a qualquer espécie de vínculo que tenha por base o afeto deve ser conferido o *status* de família.

Como contraponto à família tradicional, tem aumentado o número de famílias monoparentais, especialmente aquelas em que a mulher é a responsável pela chefia do domicílio. De acordo com o último censo (IBGE, 2000), de 48,2 milhões de famílias brasileiras, 12,8 milhões (26,7%) possuem como responsável a mulher, e a maioria dessas mulheres não têm marido ou companheiro. Em 1990 o percentual de domicílios sob a responsabilidade feminina era de 20,5%. Como possíveis explicações dessa modificação sobressaem a maior autonomia econômica conseguida pela mulher nas duas últimas décadas e a maior esperança de vida ao nascer do sexo feminino.

No Ceará, em 2001, segundo revelou a quarta Pesquisa de Saúde Materno Infantil (PESMIC IV), 21% dos pais de crianças menores de 3 anos de idade não

residia com os filhos. Em Fortaleza para cada quatro crianças nessa faixa etária, uma não tem a figura paterna no domicílio (Ceará, 2003).

Na pesquisa ora desenvolvida, o contexto familiar foi constituído por uma maioria de famílias formadas por união estável (52%), por algumas famílias do modelo tradicional (26%) e por 21% de mães solteiras.

As famílias aqui denominadas por união estável são aquelas em que o casal não oficializou o vínculo matrimonial. Conforme se observou nessas situações, a mãe, ou os pais de um dos cônjuges, ou ainda os avós, eram os provedores das necessidades familiares. Entre as famílias tradicionais, a situação mais comum foi o homem como provedor. No caso das mães solteiras, essas moravam com os demais familiares (pais, irmãos, avós) mas consideravam-se responsáveis pelo sustento das crianças.

4.5 As estratégias de sobrevivência

4.5.1 A situação econômica

A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social... (CF. Art. 170).

Apenas duas famílias, uma do tipo tradicional e a outra estável, tinham rendimentos que as classificavam como vivendo acima da linha de pobreza. Em uma delas a renda mensal era cerca de sete salários mínimos, o que equivalia à renda *per capita* / dia de R\$ 13,30 e, outra que recebia três salários mínimos, isto é, R\$ 5,20⁶ *per capita*.

É importante observar que a maioria das mulheres eram do lar, ou seja, cuidavam da própria casa. Como exceções, mencionam-se três mães que

⁶ À época da pesquisa de campo o valor do salário mínimo era de R\$ 260,00. Utilizando a referência do Banco Mundial, considera-se abaixo da linha de pobreza as pessoas que vivem com 1 dólar/dia.

trabalhavam para prover o sustento da família: uma doméstica, uma agente de saúde e uma professora de educação infantil.

Entre as famílias abaixo da linha de pobreza caracterizei de três formas a situação econômica: sem rendimento, sem renda fixa ou com renda até um salário mínimo.

Um fato alvo de atenção entre as famílias sem rendimento foi que em alguns casos a provedora era a avó da criança, sobressaindo aí a presença feminina provedora de sua segunda geração, ou ainda os bisavós, exemplo de família multigeracional em que os idosos provêem a subsistência dos netos e bisnetos. Nesse grupo todas as famílias moravam na zona urbana:

...antes eu morava com minha sogra, cunhados, era todo mundo junto. Aí a gente alugou aqui. Ele está desempregado, é minha mãe que paga o aluguel. A mãe dele também ajuda, e a gente vai passando (C. 17 anos, 1 filha).

Classificadas como famílias sem renda fixa, estão principalmente aquelas cuja atividade principal era a agricultura, revelando assim um quadro no qual a atividade de agricultor não dá ao homem da terra nenhuma segurança. As incertezas da atividade, determinadas pelas dificuldades de acesso à água, sementes, assistência técnica, falta de recursos e equipamentos não lhe permitem assegurar nem mesmo o básico para sua sobrevivência e de sua família. Essas constatações são referentes aos agricultores que praticam a agricultura de subsistência como única fonte de sustento. O depoimento a seguir é ilustrativo:

...ele é agricultor. Planta milho, feijão, macaxeira, vende alguma coisa do que planta, mas é muito pouco, vende um pouco de milho, compra o café, e assim...a gente não tem um salário certo, mês tem, mês não tem, a gente vai passando. Esses dias mesmo, o J. tá gripado já faz seis dias, ainda não levei no médico, não to dando nem o mel porque não tem açúcar em casa pra preparar... (J. 3 filhos).

Entre as famílias com renda fixa mensal de até um salário mínimo, estão aquelas empregadas numa das duas indústrias existentes no município, quase a maioria das famílias residentes na área urbana.

Das famílias do estudo, apenas duas estavam incluídas no programa de suplementação de renda do governo federal. Dessas, uma beneficiada com o Bolsa-Família e a outra com o vale-gás; nas famílias cujo (a) provedor (a) eram os avós ou bisavós a renda era proveniente da aposentadoria.

4.5.2 A educação

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (CF. Art. 205).

Em relação à escolaridade, 73,9% das mães tinham o ensino fundamental incompleto; 4,3% o ensino médio incompleto, 17,4% o ensino médio completo e 4,3% o ensino superior incompleto. Conforme observado, o grupo estudado destoava da informação oficial do município que mostra uma taxa de escolarização de 100% para o ensino fundamental.

4.5.3 As condições de moradia

“ A política de desenvolvimento urbano, executada pelo Poder Público municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em lei, tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem estar de seus habitantes” (CF. Art. 182) .

Na sede do município a condição de moradia da maioria das famílias era muito ruim. Com exceção das duas famílias com melhor rendimento, as demais moravam nas áreas denominadas pela secretaria de saúde como bolsões de pobreza. Portanto, não eram beneficiadas com saneamento básico, apenas com água, pois todas as casas dispunham de pelo menos uma torneira, (localizada normalmente num cantinho da sala) com água do abastecimento público. Como

essas famílias moravam em casas alugadas, era comum a mudança de endereço⁷. De modo geral, as casas possuíam de um a três cômodos, e se localizam em ruas de difícil acesso, com escoamento de águas servidas e lixo a céu aberto. Uma das famílias acompanhadas, ao mudar-se pela segunda vez no decorrer da pesquisa, foi residir numa área vizinha ao abatedouro público, que funciona sem nenhum controle sanitário. Ali a sujeira e o mau cheiro característico do local, são insuportáveis e representam um foco de contaminação permanente.

Entre as famílias da área rural, a situação era ainda mais precária, porque não dispunham sequer de água potável. Duas das famílias acompanhadas não dispunham nem mesmo de um banheiro ou sanitário. As casas eram de taipa, sem revestimento, e o chão de terra batida. Móveis praticamente nenhum, a cocção dos alimentos feita em fogareiros de carvão ou lenha.

4.5.4 As doenças no primeiro ano de vida

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF. Art. 196).

Das doenças que acometeram as crianças sobressaem por ordem de ocorrência: Infecção respiratória aguda, cujos casos variavam de leve a moderado; diarreias, com quadros simples a graves de desidratação e escabiose. São doenças características das condições de vida precária das famílias. A IRA e a desidratação, apesar de todos os esforços, continuam sendo as principais causas de óbito no Ceará (Leite e cols., 2002) e em Uruburetama, as condições precárias de vida da população mais pobre acumulam todos os fatores determinantes de sua ocorrência: falta de saneamento básico, rendimento insuficiente, baixa escolaridade das mães.

⁷ A constante mudança de endereço foi uma das dificuldades enfrentadas no acompanhamento. Algumas famílias se mudaram mais de quatro vezes durante o ano.

Conforme observado, as práticas maternas no enfrentamento das doenças das crianças apontam para a necessidade de reforçar a ação das agentes de saúde como elo entre as famílias e o serviço de saúde. Nas situações de adoecimento das crianças, as mães não esperam pela AS. Em muitas ocasiões quando eu perguntava se entre a visita anterior e a atual a criança esteve bem, se adoeceu, o que tinha sido feito, recebia respostas como:

...ela (a agente de saúde) só pergunta se teve diarreia, ela só anota lá no caderno dela, mas não faz nada...só pergunta pela vacina... aí eu levo direto no medico (C. 17 anos).

Ele está com diarreia faz uma semana. A agente de saúde não sabe que ele está doente. Levei no posto, a doutora passou o remédio pra verme, ainda não comecei a dar porque primeiro estou dando chá de alho pra acalmar elas, depois eu dou o remédio..." (A. M. 22 anos).

Uma possível explicação para essa ausência da AS é o acúmulo de prioridades, a obrigação de dar conta literalmente das famílias acompanhadas. Aspectos não mensuráveis do acompanhamento, como a maior atenção e escuta das mães, não contam na avaliação mensal, onde só importam os procedimentos mensuráveis: quantas crianças visitadas e pesadas, quantas vacinadas. Quando a AS diz "na minha área esta tudo bem" é a isso que ela se refere. A preocupação da AS quando uma criança muda de sua área para a de outra colega não é em primeiro lugar repassar para essa outra, a situação da criança e da família, mas "retirar do computador" aquela família que saiu de sua responsabilidade, para que isso não interfira na avaliação mensal de suas atividades. Pude observar essa preocupação em várias oportunidades.

Certa vez ao chegarmos para pesar uma criança, encontramos a casa fechada. Segundo informou a vizinha, a família havia mudado. Mas a AS não se preocupou em saber para onde, portanto, não podia nem identificar qual colega

estaria acompanhando aquela criança dali em diante. Sua preocupação se resumia ao seguinte: “preciso lembrar, pra tirar do computador...”. Só alguns dias mais tarde compreendi melhor essa preocupação, ao participar de uma reunião com as AS e a coordenação do PSF, na qual elas estavam sendo cobradas por não cumprirem bem sua obrigação, conclusão tirada da avaliação mensal e suas metas quantitativas. O coordenador foi taxativo:

... vocês estão sendo fiscalizadas, tem pessoas que fiscalizam e coordenam o agente de saúde. Quem não trabalhar, não recebe o incentivo...

Essa cobrança de produtividade das AS contribui para a relativa redução da qualidade do seu trabalho e se reflete na insatisfação percebida através das falas de algumas mães.

...só tem agente de saúde no dia de pesar e ainda é se a vizinha cobrar... (J. 22 anos).

Assim, as mães recorrem ao que está ao seu alcance. Muitas vezes procuram o posto de saúde e não encontram nenhum profissional, ou, ainda, são atendidas mas o serviço não tem o medicamento e elas não podem comprar. Nessa situação, as alternativas são os remédios caseiros, a rezadeira, recursos aos quais recorrem. Outras vezes o tempo é o melhor remédio.

Conforme demonstra a situação descrita, não existe por parte das mães uma expectativa otimista em relação à atuação da agente de saúde, nos casos de adoecimento de suas crianças. Valer-se dela não faz parte, pelo menos prioritariamente, dos recursos que buscam nessa situação. Tais recursos se constituem no seguinte:

- Busca ao posto de saúde. Nesse caso podem ocorrer três situações:

- a) Serão atendidas pelo médico, se for o dia em que ele esteja de serviço no posto. Essa, porém, é a situação mais rara, seja porque o profissional vai uma vez

por semana ao posto de saúde das diversas localidades, seja porque a ESF está desfalcada desse profissional. Algumas vezes, mesmo quando atendidas pelo médico, não cumprem o tratamento porque não podem comprar o medicamento, ou fazem o tratamento mas também apelam para algumas alternativas, que incluem desde as práticas populares até a procura por um profissional de saúde não qualificado para o procedimento:

...ele teve muita diarreia, gripou também. Dei os remédios que o médico passou, mas ele chorava muito. Levei pra rezadeira, porque era vento caído. Também acho que ele estava com quebranto... (A.M.).

...ele passou cinco dias com diarreia. Não pude comprar o remédio, aí dei chá de olho da goiabeira... (S. 23 anos).

...ele teve gripe, febre, vomitou, fui pro médico. Ele passou um remédio que não tinha no posto, a gente não podia comprar, levei pra rezar... (J. 22 anos).

... a menina (a agente de saúde) vem aqui só pesar e olhar as vacinas. Não pergunta pela saúde dele. Na semana que ele teve muita dor de ouvido, levei pro médico, ele passou remédio, mas não ficou bom. Levei pra rezadeira, que curou três vezes. Ela disse que não era dor de ouvido, mas dor de cabeça, ensinou botar folha de mamona na testa dele. Eu também botei banha de galinha e de tejo. Passava no ouvido, limpava com o cotonete, ele ficou bom com a reza e as banhas (J. 22 anos).

...minha filha ficou doente. Era só uma gripezinha, aí levei pra farmacêutica consultar, porque não tinha médico no posto e só levo no hospital quando é uma coisa mais séria... (L. 28 anos).

...com poucos dias de nascida, ela teve um tumor muito grande atrás da orelha. Foi preciso sarjar, foi sem anestesia. Ela chorou tanto que estufou o imbigó. Por isso eu uso esse botão em cima, pra ele voltar ao normal... (D. 19 anos).

...Ela às vezes fica com o nariz entupido, eu não levei no médico porque é resto de parto, aí eu boto leite materno nas narinas dela (S. agente de saúde, 22 anos).

Ela gripou, ficou cansada. Fui no posto, mas nesse dia não era dia de atendimento. Aí eu dei por minha conta paracetamol e banhei com cozimento de alfavaca e eucalipto (E. 19 anos).

b) Serão atendidas pela enfermeira, o que é o mais corriqueiro, mas essa, também, não está, diariamente no posto porque é uma profissional para várias localidades;

c) Não serão atendidas porque não terá nenhum profissional ou porque encontrarão o posto fechado.

Pelos depoimentos das mães, segundo se percebe, a questão do acesso, mesmo entre as famílias acompanhadas pelo PSF, está longe de ser resolvida. Outro ponto é que o elo da AS, no acompanhamento das crianças no primeiro ano de vida, precisa ser fortalecido.

Por alguns dos depoimentos reproduzidos conforme se deduz, a percepção das mães sobre as doenças ainda é fortemente baseada nas crenças populares, cuja sabedoria não deve ser desprezada, porém em alguns casos é necessário ampliar o conhecimentos das mães sobre as causas reais dos males. Assim o quebranto e o ventre caído são para as mães as causas das diarreias. Desse modo, elas deixam de estabelecer as relações com causas que podem ser combatidas, como as relacionadas com a questão da higiene e com o uso de água imprópria para o consumo, entre outras.

Muitas vezes a rezadeira também ensina a dar o chá, alguns, como o de folhas de goiabeira cientificamente comprovados. O tratamento em parceria com essas alternativas populares pode dar bons frutos, como o comprova o trabalho desenvolvido por alguns grupos de profissionais de saúde que já há algum tempo atuam em algumas áreas do Ceará aliando essas crenças e saberes populares com os saberes legitimados pela cientificidade (Nations e cols. 1997). No entanto em Uruburetama, não se observou essa estratégia, apesar do amplo uso pela população desses saberes e práticas.

4.5.5 A alimentação

A alimentação adequada como direito humano básico, é prevista na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), no pacto Internacional dos Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), na Convenção Internacional dos Direitos da Criança (1989) e em outros tratados e convenções internacionais ratificados pelo Brasil. Vale ressaltar que o Art. 5º. da Constituição Federal Brasileira de 1988 eleva os tratados de direitos humanos ratificados pelo Estado a categoria de normas constitucionais (Brasil, 2005 d).

Como já referido, as condições de vida são precárias, sobretudo na área rural, onde a principal atividade é a agricultura. No caso em estudo, além da agricultura de subsistência, feita sem nenhum tipo de incentivo ou apoio oficial, é a subsistência no sentido mais estrito do termo, às vezes surge outra atividade, geralmente transitória, à qual os homens se dedicam para aumentar o rendimento.

Meu marido planta feijão, arroz, milho, batata, jerimum, roça. Eu ajudo também. Às vezes aparece um serviço de pedreiro, coisa pouca porque aqui ninguém faz nada grande. Aí eu fico só no roçado e ele vai ganhar um dinheirinho, porque a roça é só pra gente comer, come o feijão... troca por coisa que a gente não tem como o café, o açúcar, o óleo... eu comecei a criar galinha, mas a gente ainda não pode comer, porque tem que guardar os ovos se não, não aumenta...(D. 19 anos, três filhas).

Em relação à alimentação da criança, um aspecto que merece reflexão é a questão do aleitamento materno. A prática do aleitamento exclusivo, que poderia beneficiar mães e crianças, precisa ser reforçada. A introdução de leite industrializado já no primeiro mês de vida representa um custo significativo para famílias que ganham tão pouco, e em contrapartida, o resultado sobre a saúde das crianças pode vir a ser prejudicial. Ao iniciarem o aleitamento misto, diminuem o número de mamadas e as compensam com o leite artificial, que deve ser preparado na diluição recomendada pelo fabricante, mas não é seguida simplesmente porque as mães não têm condições de comprar o leite suficiente para seguirem o recomendado. Desse modo, verifica-se a superdiluição, o que significa que as necessidades da criança não serão supridas. Aliadas a isso estão as condições

higiênicas precárias, tornando-se assim as mamadeiras fontes de contaminação. No entanto, na opinião das mães, elas estão fazendo o melhor:

Eu comecei a dar o leite em pó, ela não tinha nem um mês. Chorava muito, só podia ser fome. Então dei o leite, ela se calou... (V.L. 18 anos, 3 filhos).

Eu comecei a dar o leite em pó, ela estava com dois meses, mas eu já dava água, chá... . A agente de saúde andou aqui, mas nem perguntou por isso... (C. 17 anos, primípara).

A prática de iniciar outro leite precocemente foi observada em todo o grupo. Entre as mães com melhor renda, a diferença resumiu-se apenas ao tipo de leite. Essas começam dando uma fórmula mais apropriada para recém-nascidos, as quais são mais caras. Também observou-se que entre essas mães a retirada total do leite materno ocorre mais cedo.

Nunca dei só o leite do peito. Desde que nasceu que come outro leite. Quando estava com quatro, cinco meses, tirei o peito de vez... (A. 31 anos, terceira filha).

... ela sempre tomou chá, dava água, desde o primeiro dia, quando fez 1 mês, comecei a dar outro leite, com quatro meses, quando terminou a licença – maternidade, ela deixou de mamar (M. 30 anos, segunda filha).

Conforme observado, a agente de saúde não é consultada quanto ao início da alimentação complementar. Essa vai ocorrendo livremente. No entanto, tal problema deve ser creditado a toda a ESF. Sob esse aspecto, identificam-se falhas na ação educativa, no acompanhamento e em toda a atenção a ser dispensada à gestante e nutriz. A fala a seguir é esclarecedora sobre como é abordada a questão do aleitamento materno:

a agente de saúde mandou sustentar só na mama, mas o peito não sustentava. Aí quando ele tinha um mês e três dias comecei a dar mingau de leite ninho com maisena (A. M. 22 anos, terceiro filho).

A agente de saúde “mandou sustentar só na mama” , não “orientou”, ou “ensinou” nem “mostrou” as vantagens do leite materno. Para a mãe isso

provavelmente não faz sentido, porque ela enfrenta situações concretas em que alimentar a criança só com o leite materno é complicado (tem outras crianças pra cuidar, as tarefas domésticas, ajudar o marido na agricultura...) e como ela não tem a percepção do aleitamento materno como o mais vantajoso para a criança, e talvez, em última análise, esse não seja realmente um valor absorvido pela população, ela toma as iniciativas que considera mais favoráveis a ela, mãe, e à criança.

Mesmo quando reconhece o acompanhamento da agente de saúde, inicia a alimentação complementar sem o conhecimento dela, a exemplo de uma mãe que me relatou a introdução do leite industrializado no segundo mês, mas escondeu o fato da agente de saúde, apesar dessa “ser muito presente”:

...a AS é muito presente. Vem sempre aqui saber como a nenê está. Eu acho importante esse acompanhamento que ela faz. Ela disse que é pra dar só o leite do peito, mas às vezes, quando a nenê não se satisfaz, eu dou leite ninho, mas ela (a agente de saúde) não sabe (M. 37 anos, primípara).

Muitas vezes quando a AS toma conhecimento, mesmo se conseguisse convencer a mãe das vantagens do aleitamento materno exclusivo, já seria muito tarde para retomar a prática. O depoimento a seguir foi dado quando a criança já estava com 4 meses e a AS continuava sem saber que desde o primeiro mês a mãe havia introduzido outro leite.

...quando cheguei da maternidade, já comecei a dar o leite em pó. A agente de saúde não sabe. Quando ela veio aqui a nenê já estava com 2 meses (R. 17 anos, primípara).

Decorridos os primeiros seis meses de vida, a introdução gradativa de alimentos na dieta da criança é fundamental para o seu crescimento e desenvolvimento. Entre as famílias que passam privação de alimentos, isso representa uma dificuldade, geralmente agravada pelo desconhecimento das mães

que deixam de alimentar as crianças com alimentos aos quais têm mais fácil acesso, por ignorância, ou por algum tipo de tabu alimentar.

Essa constatação decorreu da observação de algumas situações como a ilustrada a seguir:

...ela ainda mama, e de vez em quando, dou também uma chuquinha de mingau, suco de fruta e uma vez na vida, quando tem, dou um caldinho de frango, uns carocinhos de arroz. Não dou feijão porque cozinho com lenha ou carvão e tenho medo porque fica com cheiro da fumaça, tenho medo de fazer mal... (D. 19 anos, sobre a alimentação da filha de 8 meses).

Essa mesma mãe é agricultora juntamente com seu companheiro. Sobrevivem do cultivo de feijão, milho, jerimum, macaxeira. Na propriedade onde vivem tem frutas como a manga e o caju. Com um pouco mais de conhecimento sobre as necessidades de alimentação de sua criança, poderia utilizar melhor os alimentos que produz. Nessa ocasião pedi que ela me mostrasse como prepara o mingau:

...faço uma chuquinha cheia, com duas colher de leite, três de açúcar e duas de maisena. Ela toma quatro vezes por dia...

A chuquinha era de 50 ml. Para essa quantidade de água a diluição correta do leite utilizado seria uma colher de sopa cheia (15 g). No entanto, ela preparava com 10 g (2 colheres de chá) e uma quantidade também inadequada do espessante e de açúcar. Tomando 4 chuquinhas, a criança estava na verdade tomando 200 ml / dia (volume que deveria ser dado numa única refeição, 3 vezes ao dia) de uma mistura excessiva de carboidrato e pobre em proteínas, e deixando de comer os alimentos produzidos pelos pais, mais nutritivos e saudáveis.

Assim o observado sobre a alimentação da criança no primeiro ano de vida foi a introdução inadequada da alimentação complementar, quer seja em relação ao tempo, quer seja em relação ao tipo de alimento (Brasil, 2002c), bem como uma

realidade diferente daquela mostrada pelo SIAB quanto à prática do aleitamento materno.

De maneira geral a base da alimentação infantil era o leite, seja materno, leite em pó ou ainda leite *in natura*. A seguir vêm as várias farinhas utilizadas como espessantes do leite, usadas no preparo de mingau. Algumas mães davam iogurte como substituto do leite, uma ou outra vez; depois o arroz e o macarrão; legumes e hortaliças são utilizados no preparo de sopas, que as mães iniciam entre o quinto e o sexto mês. Destes, os mais comuns são chuchu, cenoura, tomate, beterraba e batata inglesa. Porém a batata doce e o jerimum cultivados por algumas famílias não são bem aproveitados na alimentação infantil; o feijão, alimento mais acessível para todas as famílias, é pouco adotado pelas mães porque temem que faça mal às crianças; as frutas também são pouco utilizadas, e seu baixo consumo não é decorrente apenas do poder de compra, porque em algumas famílias da zona rural elas estavam disponíveis e ainda assim não eram utilizadas na alimentação da criança. A limitação é determinada por alguns tabus em relação a elas.

Entre as frutas utilizadas, as mais freqüentes são laranja, banana, maçã, mamão e acerola; por fim o consumo de carne é quase nenhum entre as de menor renda, principalmente na zona rural, onde o frango é a fonte protéica mais consumida depois do leite, por todas as crianças. Além disso, o consumo de alimentos industrializados não adequados para a criança no primeiro ano de vida, como macarrão instantâneo e xilitos, ricos em conservantes e corantes artificiais, foi também observado entre algumas famílias.

Uma vantagem da introdução gradual de alimentos variados na alimentação da criança no primeiro ano de vida é facilitar a transição para a alimentação da família. Quando isso não é feito de forma adequada, pode resultar em desnutrição,

pois as condições desfavoráveis não permitem que no segundo ano de vida a criança continue tendo como base da alimentação o leite. Outro fator complicador é o nascimento de um irmão antes que a criança complete 2 anos de vida, situação na qual aumenta muito o risco de desnutrição. Entre as famílias acompanhadas no estudo, duas das mães já estavam numa nova gestação.

Quanto ao monitoramento do peso das crianças, as agentes de saúde fazem este acompanhamento, mas sem a participação das mães; elas desconhecem a importância da medida para a saúde das crianças. Entre todas as mães acompanhadas nenhuma sabia o que significava a curva do crescimento, formada pelo peso a cada mês. A percepção sobre o peso é relativa a se aumentou ou não, o que é interpretado como positivo ou negativo, mas a compreensão do seguimento da curva, a relação entre a evolução dessa com a alimentação ou com as doenças não é percebida. Como as agentes de saúde não trabalham essas especificidades, mais uma vez reforça-se a idéia de ser o acompanhamento do peso simplesmente uma medida de controle para o sistema, e não uma ação de saúde preventiva.

No referente à alimentação, chamou-me a atenção, ainda, o fato de que apesar da maioria das famílias acompanhadas viverem abaixo da linha de pobreza, portanto, preferenciais para os programas sociais do governo, apenas uma era beneficiada com o Bolsa-Família e outra com o vale-gás. Em uma das conversas com uma agente de saúde ela assim se manifestou:

...o Bolsa-Alimentação não serve de nada, porque quem escolheu foi a prefeita e as crianças necessitadas não recebem (AS).

Segundo algumas mães relataram, há muito tempo tentavam cadastrar-se para receber o benefício, mas era muito difícil. De acordo com uma das famílias, ela estava tentando cadastrar-se para receber o benefício, porém as crianças não possuíam registro de nascimento e eles não tinham condições de pagar. Então

estava aguardando até poder tirar o documento. Essa espera já ocorria há quase um ano. E o que é mais grave, esperava por um documento cuja expedição gratuita é garantida por lei nas situações em que a família não puder arcar com o custo. Situações como essas apontam para a fragilidade/inexistência da intersetorialidade e o distanciamento das práticas da ESF das necessidades reais da população num modelo que diz se nortear pela ótica da vigilância à saúde.

Como demonstrado, a situação de vulnerabilidade social que resulta em agravos à saúde e na qual vivem as famílias é patente e se manifesta no modo de vida imposto pela pobreza. Quanto aos determinantes dessa situação podem ser classificados em dois grupos.

O primeiro grupo diz respeito às causas sociais sob a responsabilidade do Estado e visíveis no espaço público: A falta de saneamento básico (as condições das vias públicas, a coleta do lixo nas áreas periféricas da cidade, as condições sanitárias do abatedouro público), o desemprego, a educação e a renda.

O segundo grupo se refere às causas relativas ao espaço privado – o local onde vivem, e às práticas das famílias – das quais algumas são decorrentes de causas impostas pelo Estado, a exemplo das limitações relacionadas ao trabalho e à renda. Nesse grupo, sobressaem a alimentação, e a higiene pessoal e do lar. É um espaço em que o agente de saúde poderia contribuir de forma mais efetiva. Essa possibilidade, contudo, não se concretiza, mesmo quando há o reconhecimento do seu trabalho, como demonstra a fala de uma mãe sobre a AS que a visita:

A agente de saúde é importante, ela pesa todo mês, diz como está a nenê, pergunta sobre o desenvolvimento dela. Ela orienta sobre a vacina, o peso, o soro, não orienta sobre as outras coisas (L. 26 anos).

Em relação ao primeiro grupo, seriam necessárias políticas locais que privilegiassem o saneamento dos espaços públicos, diminuindo a insalubridade e os

fatores de risco aos quais a população está exposta, medidas que teriam a repercussão no âmbito das famílias, em seu modo de vida, em suas práticas ou estratégias de sobrevivência.

Quanto ao segundo grupo, configura-se como o alvo privilegiado da ação das agentes de saúde. Essas, entretanto, precisam se instrumentalizar melhor para desenvolver ações mais efetivas no âmbito domiciliar.

Embora o fim das políticas de saúde não sejam as transformações da sociedade que resultem na redução das desigualdades sociais, é papel de qualquer agente social, seja educador, trabalhador de saúde, ou qualquer outro cujo campo de ação seja a comunidade, contribuir para a reflexão sobre as condições de vida a que essa é submetida e os fatores determinantes dessa situação.

É inadmissível que famílias acompanhadas pelo PSF não participem da discussão e reflexão dos problemas relacionados à saúde da coletividade e nem mesmo saibam com clareza o que vem a ser o PSF. Isto dá uma exata noção do nível de envolvimento dos profissionais de saúde com as famílias acompanhadas, como fica patente nas seguintes falas:

É o programa da família, tem uma visita que o médico faz, mas é só nas casas que tem idosos. Onde tem só criança eles não vão (L. 26 anos).

Já ouvi falar pela televisão, acompanha os mais velhos. Aqui tem duas pessoas de 60 anos, são sadios, mas não tem visita de enfermeiro ou de médico. Quando necessita de médico vai pra rua (E. 19 anos).

5. As agentes de saúde e os difíceis caminhos da atenção primária

Demonstrado o contexto no qual as agentes de saúde desempenham suas atividades, bem como a percepção das mães sobre o trabalho realizado, passarei a demonstrar como as AS se percebem e falam sobre seu trabalho.

Entre as quinze agentes de saúde que acompanhei durante o trabalho de campo, apenas duas eram solteiras e sem filhos; treze eram mães de família e, entre essas, duas já eram avós.

Em relação à educação formal, uma tinha o 3º. grau; dez, o ensino médio; duas, o ensino fundamental completo e duas o ensino fundamental incompleto.

Ao iniciar a pesquisa, das cinco ESF, três estavam sem o profissional médico e ao seu término, duas equipes continuavam sem esse profissional.

O número de famílias acompanhadas por agente de saúde no município varia de 90 a 333, ou seja, aproximadamente 450 a 1.665 pessoas (quadro 4) número muito acima do preconizado pelo MS quando recomenda que “o agente deve organizar sua agenda de trabalho, pois ele tem que visitar, pelo menos uma vez por mês, umas 500, ou melhor, 575 pessoas, prestando cuidados primários e auxiliando-as a cuidar da própria saúde através de ações individuais e coletivas” (Brasil, 2000, p. 38).

Quadro 4. Agentes de saúde por ESF e número de famílias acompanhadas.
Uruburetama-CE, Agosto/2004 - Agosto/2005

[illegible]

De acordo com o manual *O trabalho do agente comunitário de saúde*, apresentado pelo Ministério da Saúde como “um instrumento orientador das ações a serem desenvolvidas no primeiro nível de atenção”, o agente de saúde exerce “papel fundamental na orientação das famílias, no encaminhamento dos problemas que não pode resolver (...), é a ponte entre as famílias, a comunidade e a unidade de saúde” (Brasil, 2000, p 32).

Em outro documento, a Lei nº. 10.507, Art. 2º, consta:

A profissão do agente comunitário de saúde caracteriza-se pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste (Brasil, 2002).

Já conforme o Art. 1º. do Decreto Federal nº. 3.189/99:

Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente (Brasil, 1999).

Ainda consoante o Art. 2º. Inciso VI, do referido decreto, entre as atividades do ACS inclui-se “Participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o Setor Saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida”.

No ato em que o MS delega aos agentes de saúde o papel de orientar, encaminhar os problemas, prevenir e controlar doenças e promover ações de saúde, esse agente é identificado em três categorias analíticas nas quais baseio minha análise : **o agente educador, o agente elo e o agente de controle sanitário.**

- **O agente educador**

Entre as atribuições dos agentes de saúde preconizadas pelo MS (Brasil, 1994) caracterizam-se como ações educativas ou que requerem a prática educativa para se concretizar as seguintes:

- Estimular continuamente a organização comunitária;
- Orientar a comunidade para a utilização adequada dos serviços de saúde;
- Executar, dentro do seu nível de competência, ações e atividades básicas de saúde;
- Acompanhamento a gestantes e nutrízes;
- Incentivo ao aleitamento materno;
- Acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança;
- Orientação quanto a alternativas alimentares;
- Utilização da medicina popular;
- Promoção de ações de saneamento e melhoria do meio ambiente;
- Promoção da educação em saúde

• **O Agente elo**

Relativamente ao termo elo, ao elaborar o projeto de pesquisa utilizei como sinônimo, as palavras mediação e vínculo, baseada em publicações do MS, que as adotam em relação aos agentes de saúde. Mas após as observações empíricas acho mais válido referir-me à categoria elo no sentido estrito de fazer a ponte entre as famílias e o serviço de saúde, porque foi essa a prática observada.

Na opinião de Campos (1997), a noção de vínculo é mais forte que elo. No sentido amplo significa acolhida, abertura dos serviços públicos para a demanda e da responsabilização do serviço por todos os problemas de saúde de uma determinada região. Além disso, pode ser um dos elementos essenciais para a instituição de uma prática clínica de qualidade e possibilita nos serviços públicos uma forma de controle social efetiva, aquele desenvolvido pelos próprios interessados, no momento em que o cuidado se realiza, em síntese:

o vínculo doente/família não ocorreria exclusivamente com um único profissional, mas com uma dada equipe localizada em um certo serviço. Ficando, no entanto, bastante bem caracterizado quem é o responsável por cada tarefa, por cada situação de rotina ou imprevista (Campos, 1997, p. 63).

Nesse sentido, vínculo é um conceito bem mais abrangente que elo, e não compete a um único profissional, portanto, o agente de saúde é o elo entre as famílias e a ESF. Nesse papel, sobressaem como atribuições que permitem assim identificá-lo:

- Participar da vida da comunidade principalmente através das organizações, estimulando a discussão das questões relativas à melhoria de vida da população;
- Fortalecer os elos de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde;
- Atuar integrado às instituições governamentais e não governamentais, grupos e associações da comunidade - parteiras, clubes de mães, etc (Brasil, 1994)

Afora as atribuições mencionadas, caracterizam também o agente como elo as novas funções a ele atribuídas mediante a implementação do PSF. São os principais responsáveis pela organização do acesso às Unidades de Saúde da Família, pela captação de casos novos e de pessoas faltosas nos programas de Hipertensão e Diabetes (Brasil, 1997b).

• **O agente de controle sanitário**

Singer e cols. (1997) ao utilizar a noção de controle sanitário a definem como qualquer medida que obriga a população a fazer ou ter certos procedimentos relacionados a determinadas medidas que visam a saúde coletiva. De acordo com o MS, identificam-se como atribuições que caracterizam o agente como tal:

- Registrar nascimentos, doenças de notificação compulsória e de vigilância epidemiológica e óbitos ocorridos;
- Cadastrar todas as famílias de sua área de abrangência;
- Identificar e registrar todas as gestantes e crianças de 0-6 anos de sua área de abrangência através de visitas domiciliares;
- Garantia do cumprimento do calendário de vacinação e de outras vacinas que se fizerem necessárias;
- Controle das doenças diarreicas;
- Controle das infecções respiratórias agudas (Brasil, 1994).

5.1 A agente educadora no contexto da pesquisa

Orientar, encaminhar, prevenir e promover, requerem a ação de educar para se realizar. Mas como a prática da agente educadora se concretiza ?

O capítulo 1 do manual *O trabalho do agente comunitário de saúde* já citado, tem como epígrafe uma citação de Paulo Freire enquanto o capítulo 2 nomeia o agente de saúde como “agente de mudanças”. Isto nos induz a pensar que as ações dos agentes de saúde, na condição de educadores se inspiram na teoria do conhecimento como instrumental necessário, embora não suficiente por si só, para a transformação da realidade, por meio do re-conhecimento dessa teoria (Freire,1992). Na experiência do Maranhão, Castro Santos (2003), também menciona a influência da pedagogia de Paulo Freire no trabalho das agentes comunitárias de saúde.

No entanto, como afirmam Stotz e cols. (2005), apesar de as experiências de EPS terem composto o ideário do movimento da reforma sanitária, a política de saúde manteve como pressuposto de atenção à saúde, o modelo biomédico que determina a separação cultural entre serviços de saúde e população (Stotz e cols., 2005).

A meu ver, essa é a primeira contradição, pois a agente de saúde, supostamente educadora popular, faz parte de uma equipe na qual, hierarquicamente, os demais profissionais estão acima destas, e adotam em regra, a prática calcada no modelo tradicional. A par dessa contradição, está o desafio de ser educador, sobretudo ser educador popular em saúde, o que pressupõe ser um agente de mudanças.

Para agir nesse campo é necessário conhecer, compreender o contexto socioeconômico e cultural, instrumentalizar-se, enfim, para o papel de educadora popular no sentido transformador desse termo. Com vistas a essa aquisição, as

agentes de saúde precisariam passar por um processo de formação que as habilitasse para tal, e lhes possibilitasse compreender o sistema no qual estão inseridas, bem como os fatores sociais, econômicos e políticos implicados nas condições de vida, suas e das famílias por elas acompanhadas como determinantes do estado de saúde/doença. Além disso, deveriam adquirir subsídios para a realização das ações coletivas, nas quais a sensibilização e mobilização da comunidade são indispensáveis. Esse instrumental é fundamental para qualquer trabalhador de saúde da atenção primária, nível em que a saúde deve ser trabalhada a partir de um conceito amplo e sob o ponto de vista de seus diversos determinantes (Starfield, 2004), e locus onde o princípio da participação deve ser cultivado.

Contudo, esse ponto crítico – o da capacitação ampla – ou de sua falta, fica evidenciado em diversas falas das agentes de saúde, e se constitui na principal característica de duas categorias empíricas identificadas na prática das agentes como educadoras: A agente de saúde com conhecimentos insuficientes e a agente de saúde impotente diante dos determinantes socioeconômicos.

5.1.1 A agente de saúde com conhecimentos insuficientes

O despreparo para lidar com os problemas da comunidade evidencia-se em alguns depoimentos:

Sou agente de saúde há quatorze anos. Antes eu era a faxineira do posto de saúde. Surgiu a seleção, eu fiz, era uma prova oral, aí fui ser agente. O treinamento foi só depois que eu comecei a trabalhar...(AS).

... meu treinamento foi acompanhar outra agente de saúde. Passei uma semana indo com ela, aprendi muita coisa no ver, no ouvir. Depois aprendi por mim mesmo (AS).

...eu estava precisando trabalhar. A oportunidade que surgiu foi essa, então fiz o 'concurso'. Na época eles davam preferência a quem tivesse a 8ª série. Se não aparecesse, aí entravam outras

peessoas. Fui selecionada e comecei a trabalhar. Não tive estágio, fui direto para a prática, tinha a apostila, o enfermeiro, o antigo agente...de vez em quando tinha umas reuniões sobre assuntos importantes, hipertensos, diabéticos, câncer de mama...(AS).

De acordo com o MS, a seleção dos agentes consta de uma prova escrita e entrevistas individual e coletiva e o agente de saúde deve ser treinado pelo enfermeiro instrutor-supervisor (Brasil, 2000). Como requisitos para a (o) candidata (o), o MS exige: “morar na comunidade há pelo menos dois anos, ter no mínimo 18 anos, saber ler e escrever e dispor de oito horas diárias para o trabalho”. Portanto, não é necessário a (o) candidata (o) possuir qualquer conhecimento prévio na área da saúde.

Ainda como exigência para esta função, conforme o Art. 3º. do Decreto 3.189/99 incluem-se dois aspectos subjetivos: **ter espírito de liderança e de solidariedade** e preencher os requisitos mínimos a serem estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1999).

Assim, a capacitação deveria cobrir essas duas lacunas, o conhecimento específico de saúde e o desenvolvimento das capacidades de liderar e articular a comunidade em torno dos interesses do bem comum. Ao fixar as normas e diretrizes do PACS em 1994, o MS preconizou em relação à capacitação:

A capacitação dos ACS, inicialmente, é feita através de um treinamento inicial, com carga horária mínima de 480 horas, ministrado pelo instrutor/supervisor, no município onde eles vão desenvolver suas ações. O conteúdo do treinamento inicial deve corresponder às ações que serão desenvolvidas pelos ACS junto às comunidades (Brasil, 1994, p. 21).

Posteriormente, no entanto, houve uma mudança nessa diretriz, e foi dispensado esse treinamento inicial. A capacitação passou a ser:

um processo gradual e permanente que vai se renovando, a medida que o trabalho vai sendo desenvolvido no dia a dia. O responsável pela capacitação continua sendo o enfermeiro instrutor/supervisor e que, além de treinar os agentes, também acompanha sua atuação e reorienta as ações, de acordo com as necessidades identificadas (Brasil, 2002b, p.17).

Essa modalidade de treinamento vai de encontro ao que diz a Lei nº. 10.507 sobre os requisitos para o exercício da profissão, em seu Art 3º. , inciso II “Haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde” (Brasil, 2002)

No Ceará, a princípio, a capacitação dos agentes de saúde era competência do estado. Atualmente, porém, compete ao município. Isto, segundo a presidente da Federação dos Agentes de Saúde do Estado do Ceara (FASEC), implicou perda para os agentes:

... de 2000 para cá quando a capacitação ficou para ser feita pelo próprio município, houve uma decadência em relação a esse curso, porque alguns municípios faziam, alguns colocavam na mão do enfermeiro pra dar esse curso para o agente de saúde. A gente sabe que uma enfermeira que trabalha num posto de saúde tem várias atribuições e o tempo é muito pouco. Então essa capacitação ficava muito solta, ela orientava o que podia orientar, colocar o peso no cartão, o prazo de vacinas. Os que entraram a partir dessa data, não tiveram a oportunidade de serem qualificadas como as que foram no início do programa.

Inegavelmente as agentes de saúde de Uruburetama não passaram pelos processos de seleção e capacitação tal como preconizados. Entretanto, para o enfrentamento dos problemas com os quais se deparam em sua rotina, mesmo esses seriam insuficientes e não poderiam instrumentalizá-las para todas as ações a elas atribuídas na ESF.

Conforme observado, a insuficiência de conhecimentos ganha substancial importância como embasamento para as agentes de saúde entenderem a dinâmica social em que os problemas de saúde com os quais lidam se inserem como causas

e/ou conseqüências dessa dinâmica. A dificuldade de relacionar os problemas com a realidade social obscurece a compreensão do que seria “o social”. Mesmo quando existe maior compreensão, lidar com isso é muito difícil:

Eles (demais membros da ESF) dizem que a gente é uma peça importante no quebra-cabeças, tanto no social como nas doenças...

- E o que é o social?

- O social é... às vezes a enfermeira diz pra família comprar um remédio, a família não pode. Só o que posso fazer é dizer para a enfermeira que a família não pode. O outro enfermeiro (que foi substituído com a mudança da gestão) , quando isso acontecia arrumava lá na secretaria, porque além do remédio que vem pro Posto, deve ficar algum escondido lá..., o social é só em relação a isso. Em relação à alimentação... tem família que ganha do Fome Zero R\$ 50,00. É tudo que ela tem, não dá, a ESF não pode fazer nada ...o cadastramento foi feito através do colégio, tem gente que não precisa e recebe... (AS).

Essa dificuldade parece ser de toda a ESF. Segundo Vasconcelos (2001) a falta de metodologias apropriadas para lidar com as várias questões, muitas delas imprevisíveis, surgidas no dia-a-dia, ocorre pela dificuldade em estabelecer relações entre os problemas de saúde e o contexto das situações de risco vivenciadas pela população. Tudo isso é resultado da tradição dos programas de saúde nos quais “o eixo que orienta a intervenção familiar são os programas de saúde planejados, padronizados e hierarquizados burocraticamente no setor saúde”.

Em relação às ações de prevenção, segundo se verifica, falta às agentes de saúde o entendimento mais amplo do que seria realmente a prevenção, como mostra o seguinte depoimento:

Eu visito os grupos prioritários e também faço o atendimento geral. Aí entram até os adolescentes, mas com eles eu não tenho trabalho, porque adolescente não adoeece... (AS).

Essa mesma agente num momento posterior da entrevista relatou:

O dr... iniciou um trabalho com os adolescentes, mas esse trabalho não foi pra frente. Houve algumas palestras, mas ficou só nisso,

porque aí começou a campanha pra prefeito. Tem adolescente que não liga pra nada e engravida muito...(AS).

Para contribuir com mudanças, é preciso a agente de saúde se apropriar dos conhecimentos necessários, e dispor das condições favoráveis para realizar o trabalho educativo. A capacidade de mobilizar e engajar a comunidade num processo de (auto) conhecimento é um pré-requisito de qualquer ação destinada a promover mudanças concretas e que deve ser característica não só da agente de saúde, mas de todos os profissionais que atuam no primeiro nível de atenção.

Uma possível forma de suprir essa deficiência seria o treinamento e orientação em serviço, responsabilidades dos profissionais de nível superior da ESF. Na prática observada, porém, as agentes não contam efetivamente com esse apoio, conforme sobressai na fala a seguir, sobre os melindres da agente de saúde para falar com as famílias sobre aspectos negativos da higiene tanto pessoal como domiciliar.

...as vezes eu falo, dou um toquezinho aqui, outro ali, mas tenho medo de ofender e acabar atrapalhando, como já aconteceu. Nunca conversei sobre isso com a enfermeira, nem elas conversam sobre isso. Elas cobram a busca da diarreia, o cartão de vacina... (AS).

No entanto, da mesma forma, existem por parte dos demais profissionais da equipe limitações relativas às ações educativas. Nesse aspecto, as dificuldades enfrentadas pela ESF se constituem num grande desafio e são relacionadas com a formação acadêmica. Segundo Vasconcelos (2004, p. 77)

...a pouca ênfase da saúde pública na discussão e aperfeiçoamento das relações culturais e políticas com os cidadãos e seus movimentos vem resultando em desperdício dessa situação potencialmente transformadora do sistema. Os cursos de formação na academia e nas secretarias de saúde pouco têm priorizado a discussão dos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a ação do sentir, pensar e agir dos atores envolvidos nos problemas de saúde, de forma a se construir coletivamente as novas soluções sanitárias necessárias.

O despreparo dos profissionais da ESF foi também identificado por Campos (2003) como um dos obstáculos para trabalhar sob a ótica da APS. Em relação às agentes de saúde, essas dificuldades determinadas pela falta tanto de preparo para ser agente-educadora, como de suporte na própria ESF para trabalhar essas questões, levam à segunda categoria identificada.

5.1.2 A agente impotente diante dos determinantes socioeconômicos

O sentimento de impotência evidencia-se nas seguintes falas:

Ser agente de saúde é participar da comunidade, discutir seus problemas e como ajudar... às vezes fica difícil ajudar à comunidade, porque não tem muito recurso. Como é uma comunidade pequena não dá pra ter muito recurso. Aí fica difícil pra gente reagir com os problemas da comunidade, né? (AS).

...eu me sinto bem sendo agente de saúde, só que, às vezes, a gente se sente mal por não poder ajudar mais ainda. A gente gostaria de fazer mais pelo povo. Às vezes a gente encontra uma dificuldade e nem sempre pode ajudar...(AS).

...a questão da higiene, tem lixo nas ruas, cocô, a higiene com as mamadeiras. O que a AS pode fazer é pedir. A gente muitas vezes chega na casa e não sabe o que fazer. Aqui a gente faz o dia D da limpeza, é uma vez ao ano, a gente tem o carro de som, faz ação educativa...limpa toda a cidade... (AS).

Essa impotência vivenciada pelas agentes de saúde é do próprio sistema, diante de problemas que demandam o envolvimento de outros setores, a prática da intersetorialidade, a integração das ações, no sentido da promoção e prevenção.

Ao se referir às dificuldades de se avançar na intersetorialidade, Fernandes (2005, p.12) reflete que a forma como o setor saúde está organizado é um ponto positivo para se avançar nesse aspecto, pois “os problemas de um território de saúde devem constituir o lócus no qual os diferentes setores de políticas públicas – e Ongs daquele território – repensem suas práticas e organizem suas ações”.

As condições de vida da população acompanhada pelas agentes de saúde nesse estudo caracterizam-se pela pobreza, falta de alimentos, condições de moradia insalubres, água contaminada, lixo, inexistência de recursos, fatores a ser considerados no planejamento das ações de saúde no nível local e questões com as quais as agentes sentem-se impotentes para lidar. De acordo com os depoimentos das agentes de saúde, essas questões vão além do alcance das ações de saúde tais como são realizadas. Portanto, a promoção da saúde ainda é algo a ser conquistado, e não uma característica da atenção primária no município. Isso fica patente nas dificuldades das agentes de saúde no enfrentamento de doenças em que as causas mais relevantes são relacionadas aos determinantes socioeconômicos, como na desnutrição:

A agente de saúde reconhece a criança desnutrida, manda para o médico. A criança continua a perder peso. A dieta aconselhada no manual, muitas vezes a mãe não tem como fazer porque não dispõe do alimento. Outras vezes a criança não aceita bem, a agente de saúde não tem o que fazer, fica sem alternativas. A secretaria de saúde nada faz, no caso de desnutridos, a moradia influi, doenças da mãe influem... (AS).

Uma das dificuldades que eu acho na comunidade é quando tem uma criança desnutrida. A gente não tem a quem recorrer, a gente não tem condição de tirar uma criança da desnutrição e a única solução que a gente encontra é orientar as mães a fazer o melhor pelo filho, mas é difícil ser agente de saúde (AS).

No grupo de crianças do estudo não houve ocorrência de desnutrição. No entanto, de acordo com as agentes de saúde, esse é um dos problemas de difícil solução para o conjunto das famílias acompanhadas. Diante de tal situação, as AS se defrontam com o complexo desafio de ajudar às mães de crianças desnutridas. Mas o que fazer quando a doença é conseqüência das condições de vida das pessoas? A quem recorrer? Onde buscar as alternativas de cura?

Sobre essa questão específica, há ainda outro agravante na opinião da enfermeira de uma das equipes: “existe falha na detecção do problema porque as agentes de saúde não sabem avaliar”. Como exposto adiante, realmente existem falhas na realização dessa ação, e é preciso revê-las. Contudo, as dificuldades relacionadas pelas agentes de saúde vão muito além desse aspecto.

Em outros problemas citados pelas agentes de saúde, como as diarreias, a desidratação, para os quais se sentem impotentes porque fazem a relação de sua ocorrência com fatores que estão fora de seu alcance, a situação é vista com um certo fatalismo. Seu modo de perceber os problemas e suas causas não difere muito da forma como as famílias acompanhadas também o percebem. Os depoimentos a seguir são ilustrativos:

A doença mais comum é a diarreia. Às vezes eu percebo que não é limpo, a gente pede água pra ver a qualidade. Tem uns que não usam o hipoclorito porque dizem que dá dor de barriga. Eu ensino, nesse caso, a usar menos pra não ficar o gosto. A alimentação mal feita, dentição, as crianças andam sujas, descalças, sem higiene, despenteadas, umas são mais limpas, outras não. Acho que é da própria criação, se nasceu e cresceu na casa limpa, vai reproduzir (AS).

Os casos de diarreia são devido a dentição, porque um dentista já me disse que isso não é cientificamente comprovado, mas popularmente é um fato.... e as crianças com IRA, é devido a mudança de clima. Eu oriento tomar muito líquido (a terra é muito quente), e quando é necessário eu encaminho... (AS).

Também nessa categoria sobressai a falta de apoio ressentida pelas agentes por parte da ESF. Ademais, são mencionadas questões nas quais elas são chamadas a ajudar a resolver, mas o caminho da solução não lhes é dado:

... acho que outros problemas, financeiros, emocionais, têm impacto na saúde, mas nesses alguns agentes de saúde não se envolvem...eu me envolvo. Por exemplo, o caso de uma parturiente lavando roupa no rio três dias após dar à luz... eu chamo a atenção dela...esses assuntos não são discutidos, palestras...são raras de acontecer porque as pessoas não vêm. Outras coisas que também

vão influenciar como o problema do lixo, as pessoas jogam lixo no riacho. Mesmo com a coleta pública do lixo, isso continua (AS).

...a gente tem muita cobrança dos nossos chefes, do nosso superior. Eles repassam muita coisa e a gente tem aquela responsabilidade de manter... o que é do nosso alcance a gente procura fazer o possível, mas também tem coisa que não dá, a gente vem pra casa sofrendo e não pode resolver (AS).

O gerente da Micro fez uma reunião e colocou como meta reduzir em 2005 o número de gestantes menores de 20 anos porque em 2004 foi muito alto o número de gravidez nesta faixa etária. 'Tem que baixar', mas não diz como... (AS).

Nesse contexto, o que pode a agente de saúde fazer além de angustiar-se com a situação, cuja solução foge à sua competência? Entretanto ela está ali a vivenciar o problema juntamente com a família, todos os dias.

Esse sentimento de impotência das agentes de saúde tem suas causas num contexto bem mais abrangente, na prática de um novo modelo de atenção no qual todos os profissionais são aprendizes. Ao se referir à reforma das práticas em saúde, Campos (1997, p.59) afirma: "Ainda não conseguimos historicamente, realizar a negação/ superação das práticas tradicionais; ou seja, mais as criticamos e apontamos seus limites do que fomos capazes de construir propostas alternativas de atenção". Passada quase uma década, essa constatação continua válida, pois apesar do tema educação dos profissionais de saúde estar em pauta, fatores importantes como os apontados por Ceccim e Bilibio (2002, p.345) não têm sido privilegiados:

...para problematizar a Educação como agenda da gestão, cabe ainda o debate das políticas de saúde, a avaliação dos cursos que proliferam na pós-graduação *stricto sensu*, a avaliação e acompanhamento dos cursos de graduação na área da saúde, a criação de instâncias participativas junto à gestão e ao controle social para o aprofundamento da reflexão, proliferação dos espaços de discussão e montagem de estruturas de apoio aos estudos e publicações sobre o assunto, além do efetivo esforço de cumprir o dispositivo constitucional do ordenamento da formação de recursos humanos e de levar a Educação dos Profissionais de Saúde ao caráter de movimento social, onde o relacionamento com o

movimento estudantil deveria ocupar lugar central para sua capacidade de protagonismo nos destinos de sua formação e de compreensão do projeto social, gerencial, assistencial e pedagógico da Reforma Sanitária.

5.1.3 O tema identificado: Práticas de saúde descontextualizadas das condições sociais

Os aspectos implícitos nas categorias “a agente com conhecimentos insuficientes” e “a agente impotente diante dos determinantes socioeconômicos” caracterizam o tema “Práticas de saúde descontextualizadas das condições sociais”, sobre esse tema, passo a tecer algumas considerações.

Com os agentes de saúde, o MS trabalha na atenção primária com diretrizes formuladas sob o ponto de vista da necessidade de mudança de comportamento, ou seja, do indivíduo culpado pelas suas mazelas. Assim os agentes de saúde devem orientar as pessoas quanto aos cuidados de saúde, “sobre como manter a sua saúde, de suas famílias e de sua comunidade, compreendendo a relação entre as doenças e estilos e hábitos de vida” (Brasil,2000, p.32).

No caso, o estilo de vida é a pobreza e os hábitos por ela impostos. Sob a perspectiva do MS, a vulnerabilidade social em que vivem essas famílias é deixada de lado, frustrando a característica da APS de trabalhar a saúde sob o ponto de vista dos seus diversos determinantes (meio social, físico, características culturais e comportamentais). Esse é o desafio posto: as dificuldades enfrentadas pela agente de saúde como educadora na verdade afrontam todos os profissionais da atenção primária. Sobre o assunto Castro Santos (2003, p.59) afirma: “...há obstáculos que mesmo uma equipe inteira de profissionais de saúde não pode contornar: a miséria”.

Não é tradição no Brasil, pelo menos não é a regra, a saúde ser trabalhada em sua interface com demais setores. Isso é particularmente verdadeiro no campo desse estudo, onde, por exemplo, as questões relativas ao saneamento ambiental e fornecimento de alimentos, claramente implicadas no perfil de saúde do município, não são trabalhadas em conjunto. O sentimento de impotência das agentes de saúde têm aí sua origem, assim como também o que elas percebem como falta de resolutividade do serviço:

...na minha área tem dois, duas crianças desnutridas, desde que nasceram, já era pra ter resolvido. O que a gente pode fazer é falar com os médicos e as enfermeiras, mas nunca ninguém foi na casa delas. Todo mundo vê aqui o cartão, mas não resolve nada, não tomam nenhuma atitude. Aí fica muito difícil o trabalho da gente. A gente anda e sabe como aquelas pessoas sofrem... (AS).

Aqui as condições de saúde da população têm como maior peso, os fenômenos sociais. A “causalidade em série” referida por Herzlich e Adam (2001) ainda leva ao óbito infantil por diarreia, deixando a agente de saúde perplexa, à cata de culpados, porque ela, ciente de ter tomado as medidas cabíveis, não pode ter a culpa:

...ano passado morreu uma criança de desidratação, fiquei arrasada, mas não foi culpa minha, acho que foi descaso do hospital... (AS).

Conforme observado, a lógica assistencial no estabelecimento da oferta dos serviços e necessidades da população não considera os fenômenos sociais e as condições por eles impostas:

A questão é complexa porque, numa sociedade capitalista, as necessidades de saúde são percebidas como necessidades individuais e o sistema social de atenção as considera de um ponto de vista abstrato, com base em indicadores. Em outros termos, as pessoas são descontextualizadas de suas relações sociais, de suas trajetórias de vida e de sua cultura. O sistema de saúde funciona, na sociedade capitalista, como uma forma de compensar, no nível individual, problemas ou condições sociais que apontam para situações socialmente injustas do ponto de vista da saúde (Stotz, 2003, s/p).

Quanto às diretrizes do MS, são compatíveis com uma realidade: as políticas de saúde não ambicionam uma profunda transformação da sociedade. Embora não seja objetivo desse estudo discutir essa posição, cabe-me reforçar que para se avançar mais nas conquistas no campo da saúde é necessário se avançar nas ações intersetoriais.

No relacionado às limitações da agente de saúde como educadora, à sua capacitação para tal, é outro desafio, porque apesar do afirmado sobre a necessidade de mudanças sociais, isso não exclui a importância do processo educativo, a urgência de aperfeiçoar os agentes para desenvolvê-lo. Segundo Freire (1992, p.32) “Enquanto prática desveladora, gnosiológica, a educação sozinha, porém, não faz a transformação do mundo, mas esta a implica”.

Outra consideração cabível diz respeito ao contexto em que a experiência de agentes de saúde surgiu no Ceará. Um programa com mão-de-obra de baixo custo, com trabalhadores sem nenhuma capacitação. Naquele contexto, as atribuições pessoais que os habilitavam para o tipo de ação a ser executada, era conhecer a comunidade e ter disponibilidade para o trabalho diário. Conforme o mencionado, algumas das agentes admitidas àquela época ainda continuam na ativa, e são as agentes de saúde com menor escolaridade e mais dificuldades para acompanhar qualquer capacitação técnica. São pessoas que conhecem bem a realidade das famílias por elas acompanhadas porque é a mesma que vivenciam, mas não têm a compreensão dos fatores sociais, econômicos e políticos que determinam essa realidade. Mesmo às agentes de saúde com maior escolaridade falta a compreensão. Dessa perspectiva, a prática da educação popular, no sentido freireano do termo, ou seja, capaz de contribuir para mudanças concretas, lhes é impossível.

5.2 A Agente elo

Segundo o MS, “o agente comunitário de saúde é um elo entre a comunidade e os serviços de saúde”, é a “ponte entre as famílias, a comunidade e a unidade de saúde” (Brasil,2000:32; 38). Essa categoria analítica se confirma concretamente, e sua prática assume formas diversas que possibilitam a identificação das seguintes categorias empíricas: **A agente porta de entrada do PSF; A agente pau pra toda obra.**

5.2.1 A Agente porta de entrada do PSF

A agente de saúde é aquela profissional que na ESF vai rotineiramente às casas das famílias acompanhadas, é ela quem faz a comunicação entre as famílias e os demais profissionais da equipe e estabelece a relação famílias/unidade de saúde:

A gente une a comunidade ao médico, a gente vai nas casas, vê a pessoa doente, encaminha para o médico. Quando não quer ir, insiste... (AS).

A gente é o alicerce entre a comunidade e os grandes... (AS)

Por esses depoimentos conforme é possível verificar, as agentes de saúde são plenamente conscientes desse seu papel de elo na ESF e sabem que os demais profissionais reconhecem isso. A última fala, no entanto, leva à seguinte reflexão: Se são assim tão importantes na equipe, por que os demais são “os grandes”? Que tipo de relação se estabelece nessa equipe para que as agentes tenham essa percepção? E que tipo de elo é esse? Essa discussão, porém, será feita mais adiante.

Também por parte dos profissionais de nível superior da ESF, há essa percepção das agentes de saúde como porta de entrada:

O papel do agente de saúde é detectar o problema e levar para o profissional de nível superior, que muitas vezes toma conhecimento através de outras pessoas. Isso não acontece com a maioria...o que poderia resolver é a capacitação e mais reuniões entre agentes e coordenação central (Enfermeira).

A percepção das agentes de saúde quanto à sua importância nas duas extremidades do elo é fortemente mostrada nos seguintes depoimentos:

...como a gente sempre fala, o agente de saúde, nós somos a raiz do PSF, porque uma planta sem raiz não pode dar fruto, não pode crescer. Portanto pra nós, nós sempre dizemos que nós somos a raiz, porque sem nós agentes de saúde o PSF não anda, não presta, ia demorar muito pro médico – porque nós somos a porta – para que o médico saiba até em qual porta que ele vai bater... (AS).

Nós temos uma responsabilidade muito grande com as pessoas que a gente trabalha. Elas confiam tanto no agente de saúde delas que chegam a contar problemas pessoais. Na maioria das vezes a gente fica até admirada da confiança que elas depositam no agente e muitas vezes fica assim entristecido de não poder ajudar, porque nem tudo depende da gente... (AS).

5.2.2 A agente pau pra toda obra

Essa categoria emerge da simples leitura de todas as atribuições delegadas aos agentes de saúde pelo MS. Conforme se verifica na prática apesar de não desempenha-las integralmente, é isso que a agente de saúde é. Além de cumprir suas funções, muitas vezes, tenta cobrir as deficiências de outros profissionais da ESF, na vontade de dar retorno à comunidade, porque convive com os problemas desta mais de perto.

A agente de saúde é pra tudo... a gente não tem uma lista do que fazer. Muitas vezes a gente chega na casa e não sabe o que fazer (AS).

Eu vou sozinha na casa, vejo o problema. Se ela não tem condição de ver o médico, eu repasso o que médico prescreve, ou às vezes o médico precisa realmente ver o paciente. O papel do agente de saúde é trazer a informação da comunidade para a ESF. Quando tem uma necessidade urgente da pessoa ver o médico e ele não vai, eu tenho que dar um jeito de levar a pessoa para o hospital (AS).

A despeito de em documentos oficiais as atribuições dos agentes de saúde nem sempre apresentarem uniformidade (Ceará, 1992; Brasil, 1994; 1997b; 2000; 2002b), na análise dessa categoria parti das atribuições especificadas pelo MS (2000) as quais têm as seguintes características: 1. mediação social; 2. promoção/prevenção; 3. tratamento/reabilitação.

Para cada uma dessas características procurei identificar pelo menos uma competência necessária à realização das ações e tracei o paralelo com a prática, ao lado das principais dificuldades enfrentadas pelas agentes de saúde no contexto desse estudo.

Com a característica de mediação, estão ações de nível coletivo, que demandam a capacidade das agentes de saúde de fazer essa ação entre as famílias/comunidade/instituições. Na prática não observei a realização de nenhuma ação que pudesse ser assim caracterizada.

No plano da medição, identificam-se as seguintes atribuições:

- Estimular continuamente a organização comunitária;
- Participar da vida da comunidade principalmente através das organizações, estimulando a discussão das questões relativas à melhoria de vida da população;
- Mobilizar a comunidade para a conquista de ambientes e condições favoráveis a saúde;
- Atuar integrado às instituições governamentais e não-governamentais, grupos e associações da comunidade (parteiras, clubes de mães, etc.);
- Fortalecer os elos de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde (Brasil, 1994; 2000).

Entre as competências indispensáveis a essas atribuições, sobressaem a capacidade de desencadear ações de interesse do bem comum com responsabilidade; de mobilizar e integrar a comunidade na ação e articular-se com os demais setores na discussão e realização da ação proposta.

Para desenvolver essas atribuições, existem inúmeras dificuldades. As principais são relacionadas com a falta de conhecimentos exigidos para ser esse articulador social, e com aptidões pessoais, como por exemplo o espírito de liderança, que a princípio seria um dos requisitos para ser agente de saúde.

Há, entretanto, outra grande dificuldade, qual seja, a realização dessas ações prevê a prática da intersectorialidade, o que foge totalmente à capacidade não só das agentes de saúde, mas do próprio sistema local de saúde. Como trabalhar esse aspecto se não conhecem bem o próprio sistema no qual estão inseridas, conforme demonstra a insegurança dessa agente ao tentar explicar-me o que é o PSF.

...não sei...o PSF é tipo um elo entre eu, os profissionais e o povo. O que melhorou porque agora o profissional vem pra perto do povo (AS).

A maior parte das atribuições caracteriza-se como ações de promoção e prevenção, algumas das quais são de caráter coletivo e outras, individuais. Realizá-las exige das agentes de saúde a capacidade de desenvolver monitoramento dos indicadores de risco individual e coletivo e participar da proposição e execução de medidas de intervenção juntamente com a comunidade. Caracterizam-se assim as atribuições a seguir, com destaque para aquelas que observei ou que foram relatadas:

- Orientar a comunidade para a utilização adequada dos serviços de saúde;
- **Executar dentro do seu nível de competência, ações e atividades básicas de saúde;**
- Promoção da educação em saúde;
- Promoção de ações de saneamento e melhoria do meio ambiente;
- Orientação quanto a alternativas alimentares;
- Identificação das áreas e situações de risco individual e coletivo
- **Acompanhamento a gestantes e nutrízes;**
- **Incentivo ao aleitamento materno;**
- **Acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança;**

- **Promoção da saúde e prevenção do câncer de mama e câncer do colo de útero, da hipertensão e do diabetes, da tuberculose e da hanseníase** (Brasil, 2000).

Em relação a essa última atribuição, chamo a atenção para o seguinte: relativamente à hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase, as ações observadas caracterizam-se como acompanhamento para estabilidade do quadro apresentado ou do possível processo de cura e não prevenção/promoção.

Entre essas atribuições estão algumas identificadas como de menor nível de dificuldade, sendo essa, às vezes, relacionada apenas à disponibilidade de tempo, referida pelas agentes de saúde:

... há dezenove anos faço esse trabalho. Tenho quatro filhos, tenho meu esposo, tenho um neto que eu amo. Além da minha responsabilidade com a minha família, eu tenho que achar tempo, mais tempo para cuidar da minha família com quem eu trabalho no dia-a-dia. Não dá para eu deixar meu tempo exclusivamente para essas famílias (AS).

Eu tenho horário pra sair mas não tenho pra chegar...aquele trabalho que eu vejo que todo dia tem coisa diferente, todo dia aparece mais coisa, né ? (AS).

Eu acho... até a nossa própria saúde mesmo, muitas vezes a nossa saúde fica por trás. Por exemplo: o médico vai de mês em mês na comunidade, aí a gente vê uma demanda tão grande. Tem vez que eu deixo meus exames, não mostro meus exames porque não dá tempo, né? Às vezes, até a gente esquece. Nossa saúde deveria também ser cuidada com uma atençãozinha, a gente mesmo esquece, esquece de nós próprios (AS).

Determinadas questões levantadas por esses depoimentos apontam para problemas que são de todos os trabalhadores de saúde, alguns dos quais estão privilegiados pelo MS no projeto de humanização do trabalho em saúde.

Na realização de algumas das ações, as dificuldades são também relacionadas ao desconhecimento de técnicas educativas e de conhecimentos específicos, como a orientação sobre alimentação da criança.

Segundo Starfield (2004), a promoção da saúde requer a interação entre o serviço médico e os serviços sociais e ambientais. Sob essa perspectiva, um dos maiores entraves que as agentes enfrentam é relacionado com a necessidade, em muitos casos, das ações intersetoriais.

...a questão do saneamento básico, a gente procura o prefeito. Não é só o papel do agente de saúde pesar a criança... não se limita a isso. Também a gente vê o saneamento básico, a criança que está fora da escola, banheiro, quando não tem banheiro, o lixo, tudo isso. O agente participa de tudo isso um pouco. Nós temos que saber fisicamente, mentalmente e a parte social também. Fica muito difícil...(AS).

...além da responsabilidade de acompanhar as crianças, a gente também tem a responsabilidade de acompanhar as gestantes, os hipertensos, tuberculosos, hansenianos e diabetes...tudo isso. Também a gente tem que acompanhar o planejamento familiar, crianças, adolescentes que engravidam...muitas vezes nós somos assistentes sociais, muitas vezes a gente também é usado...como a gente diz? Nós somos usados como uma pessoa pra ouvir...nós somos tipo um pai pra eles, uma mãe pra toda a comunidade (AS).

Existem também as dificuldades relacionadas a aspectos bem mais específicos. Tais dificuldades refletem a falta de capacitação mínima das agentes de saúde mesmo para ações de caráter individual, como identificado nas práticas de acompanhamento a gestantes e nutrízes e no monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil. Essas foram as ações mais freqüentemente observadas, durante as visitas com as agentes de saúde.

Quanto ao acompanhamento às gestantes, ainda é visto como um desafio pelas agentes de saúde, como bem ilustram os depoimentos a seguir:

...tem gestante que não quer fazer o pré-natal, só descubro quando está no quarto mês. Tem umas que só descubro quando já dá pra ver, quando já tá engrossando mesmo, em vez de dizer logo no primeiro mês, pra ser bem medicada, bem acompanhada, ignorância. Algumas afirmam: 'minha avó nunca fez pré-natal'. Outras nem vão, nem tomam as vacinas. Aí quem pega é a gente... (AS).

...tem mãe que desde o princípio da gravidez não quer fazer o pré-natal. Às vezes descubro lá pelo quarto, quinto mês. Converso com elas, quando é de menor, acompanho a primeira, a segunda vez.

Com as adultas não faço isso. Tenho uma gestante no sexto mês e outra no sétimo que ainda não começaram o pré-natal... (AS).

O trabalho com as gestantes se inicia no planejamento familiar. Quando engravidam, elas escondem, porque estão no planejamento familiar. Quem diagnostica é o povo. Então tem que encaminhar (AS).

Conforme o previsto, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento é realizado mensalmente. Tal como preconizado pelo MS, o agente de saúde “acompanha o desenvolvimento físico e psicológico das crianças de zero a cinco anos de idade através do Cartão da Criança” (Brasil, 2000, p.40). O crescimento pela evolução do peso, e o desenvolvimento, via aquisições cognitivas e motoras esperadas para cada idade, as quais estão descritas de forma simples no Cartão da Criança e devem ser observadas e anotadas nesse documento. Além disso, devem ser ensinadas às mães formas de estimular o desenvolvimento de tais aquisições.

Na prática, porém, o que se percebe é que as ações relacionadas ao desenvolvimento não são efetivadas. Não tive oportunidade de sequer uma vez observar a agente de saúde fazer alguma anotação na parte do cartão destinada a isso, ou conversar com as mães sobre o desenvolvimento da criança, apesar de algumas apresentarem evidente atraso cognitivo e motor. Em relação ao crescimento, as agentes de saúde procuram fazer o acompanhamento mensal, mas se deparam com algumas dificuldades:

- O monitoramento mensal só ocorre com as crianças de 0 a 2 anos;
- Mesmo que o volume de trabalho permitisse o monitoramento mensal das crianças até 5 anos, o tipo de balança usada pelas agentes de saúde, com capacidade até 15 kg, em muitos casos seria um impedimento;

- Em algumas residências, por simplesmente não haver local adequado para pendurar a balança, a mãe da criança é quem a segura enquanto a criança é pesada. Tal procedimento influi no resultado do peso;
- A medida do peso para mais ou para menos é comum, devido a não regulação da balança. Isso dá margem a avaliação nutricional incorreta.

Quanto à avaliação que as agentes de saúde fazem do peso, a tendência é só analisar como um problema se estiver abaixo do esperado, ou seja, se a criança estiver desnutrida; quando está acima do peso, mesmo muito acima, isso não é analisado como problema. Nos trechos a seguir ilustram-se algumas dessas situações:

Chamou-me atenção uma das crianças pesadas. Tem 1 ano e 3 meses, ainda não anda, só engatinha se arrastando. Pesou, segundo o registro que a agente fez no cartão da criança, 15.250 g (?). O peso de nascimento foi 3.480. Desde o segundo mês que sua curva de crescimento está acima da curva normal. Atualmente está muito acima do P.97, e a agente de saúde, voltando-se pra mim orgulhosa, fez o seguinte comentário: 'está vendo quando a gente orienta e as mães fazem tudo certo?' (Diário de campo, 21/6/2005).

Numa das casas, a criança estava com o bumbum sujo (estava com diarreia) mas foi pesada sem roupa e sem se limpar. O pano da balança sujo... ainda iria pesar muitas outras crianças naquela mesma manhã. A criança com diarreia, tinha 11 meses e apesar de já ter pesado anteriormente 9,0 k e hoje só pesar 8,0 k, a agente de saúde diz que ela está bem. O peso ficou em cima da linha da curva inferior (P.3), a agente de saúde me mostra isso, mas não fala nada pra mãe. A criança esteve hospitalizada no final de semana, e a mãe diz que ela está com diarreia e teve muita febre. A agente de saúde nada comenta e segue em frente pra casa vizinha! (Diário de campo, 21/6/2005).

Os percentis 3 e 97 (P.3 e P.97) são os limites inferior e superior da curva de crescimento normal da criança, parâmetros utilizados pelo MS para a avaliação do crescimento físico. No primeiro caso relatado, a obesidade infantil não foi identificada, nem o atraso observado no desenvolvimento. No entanto a agente de saúde acha que está tudo bem porque a criança está "grande e gordinha". Além

disso, como a agente de saúde pode aferir um peso (e anotar no cartão da criança) que está acima da capacidade da balança por ela utilizada? No segundo caso, afora o problema relacionado com a probabilidade de contaminação de outras crianças, o risco nutricional também não foi identificado. Embora o quadro tenda a agravar-se devido a diarreia, a agente de saúde nada orientou a esse respeito.

No referente ao aleitamento materno, muito já foi demonstrado no capítulo anterior e, apesar de nas entrevistas as agentes de saúde relacionarem o incentivo a essa prática como uma de suas ações, a observação durante as visitas não reforça essa afirmativa:

...daí fomos até a casa de E. onde a agente de saúde descobriu que ela já estava dando leite em pó para a criança. Depois comentou comigo que não sabia, que as mães escondem isso dela (o início do desmame!) mas lá na presença de E. não disse nada, nem mesmo demonstrou surpresa pelo fato. Também não se interessou em saber qual leite, nem qual massa, nem como ela preparava o mingau. Então eu perguntei sobre o preparo do mingau e assim descobrimos que ela está fazendo a diluição errada. A agente de saúde falou isso pra mãe e pediu-me pra confirmar. A seguir disse pra E. que era melhor retomar o leite materno exclusivo, mas não se interessou em saber os motivos que levaram E. a introduzir o leite em pó. Surpreende-me o descaso aparente das agentes de saúde quanto aos cuidados relacionados com a alimentação e de como as mães introduzem precocemente outro leite (muitas já me disseram isso) sem que a agente de saúde tome conhecimento (Diário de campo, 28/10/2004).

Com as características de tratamento/reabilitação, identificam-se as atribuições listadas a seguir com destaque para aquelas relatadas pelas agentes, ou observadas no decorrer do estudo. Essas atribuições requerem a capacidade de identificar o agravo e as medidas necessárias para o encaminhamento e acompanhamento dos casos:

- **Encaminhamento de pessoas doentes a unidade de saúde;**
- **Acompanhamento do tratamento e reabilitação de pessoas doentes;**
- Utilização da medicina popular (Brasil, 2000).

Tais ações apresentam menor grau de dificuldade, porque são medidas de caráter individuais e curativas. Na prática, as agentes, às vezes, até ultrapassam os limites que deveriam ser observados:

...atualmente estão ocorrendo muitos casos de diarreia devido o começo do inverno, e a enfermeira não tem como cobrir todos. Também não precisa levar ao medico. Eu faço assim, por exemplo, minha filha teve diarreia, a enfermeira passou soro e paracetamol. Então nos demais casos faço a mesma coisa, mando dar soro e paracetamol (AS).

5.2.3 O tema identificado: Uma relação de conflitos

O excesso de atribuições das AS, a falta de capacitação para o exercício de algumas delas e a exigüidade de tempo para o exercício de outras, mais a forma como são pressionadas em sua rotina de trabalho, tanto pelos demais componentes da ESF como pelas famílias acompanhadas, tornam conflituosa a relação ESF/agentes de saúde/famílias. Nas falas a seguir, percebe-se a vivência desses conflitos:

...algumas famílias têm consciência, acham o trabalho importante. Já outras não valorizam. Tem gente que diz que a agente de saúde não leva nada, só a informação. Tem família que não é visitada, porque não dá importância (AS).

...outra dificuldade que tive foi no inverno. Em alguns locais só dava pra ir de barco. Teve vez que eu mesma paguei, porque a coordenadora disse que ia pagar, mas acabou não pagando e eu tinha que ir... a comunidade, algumas pessoas, sabe o que é o agente de saúde, se não visita todo mês, denuncia...(AS).

...eu gosto de ser agente de saúde, mas o povo é muito falso. Se eu acabo de sair de sua casa e o enfermeiro chega e pergunta, ele diz que faz dez anos que a gente não vai lá (AS).

Esses depoimentos expõem o difícil equilíbrio da prática das agentes. Ora elas são cobradas pelas famílias, ora pelos demais profissionais da ESF. Conforme comentado no capítulo anterior às vezes as famílias não reconhecem o trabalho

realizado, nem aceitam como possíveis explicações o acúmulo de trabalho das agentes e os limites impostos pelos conhecimentos insuficientes e impotência para lidar com determinados problemas.

Como as famílias não podem fazer essa leitura, a percepção que algumas têm é da agente descuidada. Essa, porém, não é a opinião generalizada, pois muitas mães falam muito bem da agente de saúde, o mesmo acontecendo com as agentes. Se para algumas “as famílias não dão importância ao trabalho da agente”, para outras, “ser agente é muito bom, a gente passa a ser líder da comunidade, uma pessoa reconhecida” e ainda, “o agente de saúde tem o poder de convencer, porque as pessoas têm confiança, pelo trabalho, responsabilidade...”

Quanto aos conflitos vivenciados com os demais membros da equipe, de modo geral são relacionados com o tipo de cobrança feito às agentes de saúde, com a disponibilidade destas para o trabalho e também com a remuneração, aspecto referido por várias agentes.

Eu gosto muito do meu trabalho, mas eu não gosto das ameaças, não gosto das reclamações, não gosto do salário que eu recebo, porque acho que não dá para eu deixar meu tempo exclusivamente para essas famílias. Eu preciso achar mais tempo para cuidar da minha família. Esse emprego é bom, mas é muito duro...(AS).

...o agente de saúde não tem reconhecimento, é só cobrança, cobrança e não tem reconhecimento... (AS).

...eu gosto muito do meu trabalho, nós só precisaríamos ser bem reconhecidos, receber um pouco mais de importância no trabalho, até pra motivar, pra trabalhar com mais amor. Nós já trabalhamos com amor, porque pra fazer o nosso trabalho, ele tem que ser feito com amor. Nós visitamos pessoas carentes, são pessoas sofredas... (AS).

O conflito na relação AS/ESF, evidencia-se ao confrontarmos esses depoimentos com o que explicitam os profissionais de nível superior da ESF. O

coordenador do PSF no município tem uma posição radical no exercício de sua função, como exposto a seguir ao classificar as agentes de saúde em dois grupos:

...existem grupos na Associação dos Agentes de Saúde - os que têm autonomia – eles acham que têm, e questionam, são os menos responsáveis – e os que obedecem sem questionar.

Um episódio ao qual assisti durante o período de observação mostra bem a extensão desse conflito. Em uma reunião na qual estavam sendo cobradas por não haverem comparecido a uma passeata promovida num sábado, como abertura de uma “semana da educação em saúde”, proposta por um dos profissionais de nível superior, e a respeito da qual as agentes não tinham informações mais detalhadas (objetivos, atividades), o técnico que propôs a atividade estava indignado porque elas não compareceram em peso ao evento. Tal indignação foi compartilhada pelo coordenador do PSF. Sobre o assunto, conforme ele avisou, todas as que faltaram seriam punidas. E o técnico emendou: “Daqui pra frente vai ser assim, porque manda quem pode e obedece quem tem juízo”. Numa ocasião posterior, ao participar de uma reunião só com as agentes, referiram-se ao lamentável episódio nos seguintes termos:

...essas cobranças já vêm de muito tempo. A gente sofre isso desde muito tempo, não é da administração nova. Às vezes até cobranças ameaçadoras, que deveriam chegar de forma mais leve... como se a gente fosse assim...sabe... eu acho que deveria chamar o agente de saúde com carinho, ia suprir um resultado melhor... (AS).

Na concepção do coordenador, são causas dos principais conflitos:

...as faltas sem justificativa, o controle da frequência é feito através do enfermeiro ou médico que na avaliação relata as faltas dos agentes de saúde. A forma de controle é o desconto do dia de trabalho; outro problema é a falta de cumprimento das tarefas, por exemplo, morre uma criança e o agente de saúde não toma conhecimento.

Sob o ponto de vista dos demais profissionais da ESF, são ainda fatores de conflito:

...considero o trabalho dos agentes de saúde deficiente, pelo nível de escolaridade, pela acomodação, e também pela falta de motivação. A dificuldade em relação à escolaridade é contornada através de muita conversa, muita paciência. Os agentes de saúde não são capazes de passar a informação (Enfermeira).

A esses depoimentos se contrapõem os das agentes que se ressentem de maior apoio :

A ESF só olha o cartão no final do mês. Eu acho que eles deveriam acompanhar mais de perto o nosso trabalho, a gente sabe o que eles passam porque a gente tá lá todo dia, tem que dar mais atenção... (AS).

...nem sempre o médico e a enfermeira fazem a visita mensal, como hoje, mês passado eles também não fizeram. No dia da visita, se o médico não vai, a enfermeira também não vai, se a pessoa está doente me fala, eu só posso escutar, passo para o médico. Se ele disser 'manda vir' e a pessoa não puder, fica por isso mesmo. Se eu tiver remédio que sirva, por exemplo, paracetamol, eu dou pra ela... (AS).

...para o nosso trabalho, o mais importante é o enfermeiro, que marca uma visita na comunidade com o agente de saúde e ele não cumpre. Não adianta educação, porque o enfermeiro, ele só faz visita sozinho. Eu acho que ele deve fazer com o agente de saúde. De que adianta ele chegar numa visita lá numa família da minha área, só ele? (AS).

...o que dificulta é porque às vezes as pessoas esperam muito pela doutora (às vezes falta carro, às vezes chega mais tarde, se queixam... a gente nada pode fazer (AS).

Mesmo naquelas falas que denotam posições mais conciliadoras, estão presentes termos que revelam o conflito: cobrar, punir...

...eu cobro como amiga, mostro que se o trabalho deles não anda, o meu também não anda, porque eles são a base de tudo. O relacionamento dos agentes de saúde é melhor com os enfermeiros que com os médicos, porque com os enfermeiros, eles têm mais liberdade de conversar... (Enfermeira).

... não tenho problemas com os agentes de saúde. As faltas tenho que aceitar, porque não posso tomar nenhuma medida drástica. Eu poderia punir, fazer um relatório quando a falta for grave, mas no

interior isso não funciona, porque é o gestor que manda. Quando isso acontece, quebra o vínculo entre a gente e eles. Trabalhando assim, a gente tem que ser mãe, amiga, tem que ser maleável (Enfermeira).

Outra situação rotineira das agentes de saúde e que exige delas a capacidade de estarem sempre se adaptando a novas relações na ESF é a regularidade com a qual os profissionais de nível superior entram e saem no PSF, e a forma pessoal como cada profissional se conduz, o que não deixa de ter reflexos no trabalho realizado:

O relacionamento com a enfermeira que saiu era ótimo. Com essa agora, ainda não dá pra dizer nada, com o médico também é muito bom. De modo geral, a agente de saúde ainda não é valorizada, há um distanciamento, a secretaria de saúde nada faz... (AS).

...os agentes de saúde estão mais ou menos preparados. As dificuldades que observo crédito às mudanças. Os agentes de saúde estão em fase de adaptação com os novos profissionais. As dificuldades são relacionadas com a busca ativa de gestantes e crianças com vacinas atrasadas e falta de vontade do agente de saúde. A forma de lidar com isso é a cobrança nas avaliações, o que tem resultados. Em relação às famílias, as reclamações são raras, elas não entendem que o agente de saúde passe só uma vez por mês (Enfermeira).

...antes, com a outra enfermeira, na hora que você dizia assim 'está precisando de uma vacina em casa, porque a mãe não pode vir aqui', ela ia com a gente em qualquer lugar. Essa que está agora diz assim: 'não é minha obrigação sair do posto pra fazer vacina, nem curativo, nem nada na casa de seu ninguém'. Eu fiquei indignada porque quem se dispôs a trabalhar na saúde é pra ajudar a população em tudo (AS).

O conflito também se estabelece em relação à importância de cada um na equipe. Isso, em última análise, decorre da falta de trocas, de cooperação no grupo, tanto as agentes de saúde como as (os) enfermeiras (os) se percebem como sendo o elemento mais importante da ESF. É o que explicitam os seguintes depoimentos:

Nós agentes de saúde sabemos que nós somos o ponto forte do PSF. O PSF não funciona sem o agente de saúde, nossos enfermeiros são bem conscientes disso... (AS).

A enfermeira é o mais importante na ESF. Sem ela o trabalho não anda, porque elas são a base de tudo (Enfermeira).

O trabalho mais importante na ESF é o meu, porque eles (o médico e a enfermeira) ficam atrás do birô, e eu é que levo o problema da comunidade (AS).

O agente de saúde é o mais importante na ESF, principalmente quando ele mora dentro da comunidade, porque qualquer coisa a comunidade vai até ele, ele é sempre o primeiro a ser procurado, é o primeiro a ser informado, depois é o enfermeiro... (AS).

As dificuldades de relacionamento também ocorrem em relação aos demais profissionais da ESF:

a dificuldade que eu acho...com a enfermeira e o médico não, mas com as atendentes dos postos sim, porque elas não querem se igualar com a gente. Quando tem alguma informação que elas têm que passar, elas não querem dar, querem ser mais importantes que a gente... (AS).

Conforme mostram as falas, o tema conflito na equipe se identificou em todos os níveis, estando aí implicadas desde as relações de poder na ESF, até a necessidade de reconhecimento referida pelas agentes de saúde: de serem reconhecidas pela equipe, de serem reconhecidas pela comunidade:

Eu acho que como agentes de saúde, a gente deveria ter um reconhecimento melhor, nós somos reconhecidos na hora de fazer o trabalho, mas tudo que passou, o agente de saúde é obrigado a fazer o que mandam... (AS).

...tem gente que me vê como nada, tem gente que me vê como tudo, tem gente que tanto faz eu como nada... (AS).

O conflito que explica a percepção da agente de saúde de serem os profissionais de nível superior da equipe “os grandes” e denuncia as dificuldades dessa relação, na qual a agente de saúde ao mesmo tempo que tenta se impor, se ressentida da falta do reconhecimento pela comunidade, o que de certo modo,

legitimaria seu *status* de membro mais importante da ESF, é exposto claramente nesse depoimento:

O relacionamento na equipe é bom, nem médico, nem enfermeiro pode pisar na gente. A gente bota logo no lugar dele, abaixa a crista dele, o médico do PSF tem que ser simples, ir na casa dos pobres, mas a comunidade não vê assim. Eles acham o médico o mais importante (AS).

5.3 A agente de controle sanitário

Essa categoria analítica confirma-se concretamente e nela não identifiquei categorias empíricas. Na prática observada, todas as ações preconizadas pelo MS que caracterizam essa categoria são realizadas pelas agentes de saúde. De certa forma, são prioridades, porque têm dupla função de controle: das medidas de saúde pública, algumas das quais se espera sejam tomadas pela população; e da produtividade das agentes de saúde, calculada mediante a quantificação dos dados correspondentes a cada medida específica, no encontro entre agentes de saúde e enfermeira denominado avaliação mensal.

Na condição de medidas de saúde pública (registrar nascimentos, notificar doenças e óbitos, cadastrar as famílias, identificar e registrar as gestantes e crianças de 0 a 6 anos, garantir o cumprimento do calendário de vacinação e de outras vacinas necessárias, controle das diarreias e IRA), se transformarão em dados destinados a alimentar o SIAB, sistema desenvolvido para registrar as informações oriundas do trabalho dos profissionais que atuam nos programas PACS/PSF. A consolidação mensal no município é resultante da compilação de formulários utilizados na rotina de trabalho dos agentes e equipes de PACS/PSF. São informações que, a princípio, permitem o acompanhamento da situação de saúde e a avaliação dos indicadores de morbi-mortalidade no nível local,

subsidiando o planejamento das Unidades Básicas de Saúde da Família e avaliação parcial dos serviços ofertados à população (Penteado, 2003).

Entre os principais indicadores fornecidos pelo SIAB, consta em relação à criança: Taxa de mortalidade infantil; nascidos vivos com peso inferior a 2.500g; crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo; crianças de 0 a 11 meses com vacina em dia; crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO; acompanhamento do crescimento. Estas informações fornecidas pelo SIAB são utilizadas pela SESA para "desencadear ações específicas junto aos municípios com desempenho desfavorável" (Ceará, 2002b).

De modo geral, os dados que alimentam esse sistema são coletados pelas agentes de saúde. Alguns são produzidos por elas, como os do crescimento (peso). Nesse caso entram dois aspectos que merecem reflexão: a qualidade do dado e seu uso para o planejamento. Conforme já exemplificado, no caso do estado nutricional das crianças e do aleitamento materno, a qualidade desses dados não reflete a realidade. Alguns componentes da ESF têm noção disso, mas nada é feito:

...segundo os agentes de saúde que cobrem 1.104 famílias com 135 crianças menores de 2 anos, dessas, só há duas crianças desnutridas. Sei que tem mais, a falha é que o agente não sabe avaliar... (Enfermeira).

Algumas agentes de saúde não sabem exatamente qual a finalidade dos dados coletados/produzidos por elas. Possivelmente um melhor conhecimento disso influenciaria em seu aperfeiçoamento:

... os dados do SIAB, não sei o que é feito deles, só sei que a enfermeira confere e vai pra Microrregional de saúde, não sei pra que servem... (AS).

Outras relacionam a coleta/produção de dados com a forma de comprovação de que elas estão realmente trabalhando, o que pode ser um viés significativo na

produção de tais dados. Assim, ao mesmo tempo em que mede o trabalho realizado pelas agentes de saúde (em termos de produtividade), reflete em que medida a população cumpre determinados procedimentos relacionados com a saúde coletiva, como a vacinação e o controle das diarreias e IRA, entre outros:

... a gente anota altura e peso pra mostrar que está trabalhando... (AS).

Os dados que a gente coleta servem para saber a produção do agente de saúde. Na avaliação do fim do mês a enfermeira pergunta: quantas crianças tiveram gripe? Diarréia? E a gente informa... (AS).

Ainda na opinião de outras, tais dados servem para mais alguma coisa, dão visibilidade às questões do município. Elas fazem a relação com o financiamento e sentem a falta de coordenação entre os dados informados e as ações:

Servem para o estado ver como está a situação no município. O governo sabe tudo através dos nossos dados, quanto mais dado, mais dinheiro vem... (AS).

...esses dados... acho que vai para o MS, não sei bem, não tem retorno. A importância deles é saber, por exemplo, vai saber que perdeu peso, o que aconteceu, adoeceu? Mas tenho uma criança com baixo peso, já está com 7 meses, continua desnutrida. A enfermeira não toma nenhuma providencia.. (AS).

A avaliação, na qual deveriam ser discutidos os problemas identificados pelas agentes de saúde, e a reorientação da ação, na verdade, consiste nisso: a enfermeira de cada equipe agrupa os dados trazidos pelas agentes de saúde, e posteriormente estes são consolidados e sistematizados por meio do SIAB.

De acordo com o evidenciado pela prática, as informações do SIAB não são devidamente utilizadas no município. Assim, essa atividade das agentes de saúde, que consome parte considerável do seu horário de trabalho, tem como finalidade garantir que determinados procedimentos estão sendo realizados pela comunidade,

e quantificar as ações desempenhadas pelas agentes de saúde. Isso, porém, acaba refletindo negativamente na qualidade do trabalho desenvolvido junto às famílias.

6. Considerações finais

Implantado no Ceará com uma característica marcante, o PAS transformou um programa emergencial de ajuda às famílias atingidas pela seca, caracterizado nos governos anteriores como assistencialista – era a chamada frente de emergência. Durante algum tempo a “frente” remunerava os chefes de família, os quais, em troca, prestavam algum serviço ao município, comumente na manutenção das estradas. Passado o período crítico da estiagem, a ajuda cessava e as famílias continuavam na mesma.

Mas em que consistiu essa transformação? Como mostram os dados, consistiu em duas grandes mudanças. Nesse novo programa emergencial, o trabalho até então, realizado em troca da ajuda recebida, era sempre desempenhado pelos homens: agora as trabalhadoras eram mulheres, e em número nada desprezível: 6.000 mil mulheres. Na frente de emergência serviam agora como arrimo de suas famílias no difícil período da seca, e, apoio de muitas outras, em algumas questões relacionadas à saúde. A segunda mudança foi consequência do impacto do trabalho realizado, reconhecido como tão importante que impôs sua continuidade

Desse modo, finda a estiagem, as mulheres continuaram a prestar um serviço à comunidade, em troca de um salário. O programa perdeu a característica emergencial e passou a ser usado como útil instrumento de disseminação das ações básicas de saúde materno-infantil, caracterizadas então, como ações simplificadas e de baixo custo, constituindo-se no principal programa de saúde pública do período Jereissati.

Com indicadores de saúde alarmantes, o segmento materno-infantil foi o grupo prioritário para o desenvolvimento das ações. Para as altas taxas de mortalidade entre as crianças, contribuíam sobretudo, as doenças infecto-contagiosas e a desnutrição. Essa foi a área em que mais se investiu. A melhoria observada nos indicadores de saúde infantil, tais como a queda da mortalidade, consequência da redução do número de óbitos por pneumonia, sarampo e desidratação, - as três principais causas de óbito infantil no Ceará -, e a maior cobertura vacinal, mostrou que o caminho estava certo.

Enquanto a experiência se iniciava dessa forma no Ceará, ainda não se havia definido, no Brasil, o sistema de saúde como único e universal e todo o complexo mecanismo de funcionamento desse sistema. Naquele contexto, sequer se discutia se as ações do PAS eram ações focalizadas, simplificadas e de baixo custo. A discussão da medicina pobre para pobres veio num momento posterior: as expectativas em torno do PAS eram positivas, os indicadores de saúde as demonstravam, e o programa se transformou numa vitrine da administração pública estadual.

A melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil ocorria no Ceará ao mesmo tempo em que se observava no Brasil a chamada transição epidemiológica, marcada pelo declínio das doenças parasitárias e infecto-contagiosas, e o aumento da ocorrência das doenças crônico-degenerativas, o que, especialmente nas regiões mais pobres do país, constituiu-se num duplo desafio: ainda era alta a prevalência da desnutrição e já despontavam também como problemas de saúde pública algumas doenças para as quais um dos principais fatores de risco também eram relacionados à alimentação, mas não pela falta e sim pelo excesso ou inadequação.

Então, essas outras doenças que cresciam em importância no Brasil, como a diabetes *mellitus* e a hipertensão, integraram, de acordo com o preconizado pelo MS, as prioridades acompanhadas pelos agentes de saúde. Nesse contexto os AS passaram a lidar com outra realidade: supõe-se, agora, que a educação em saúde, com ênfase na educação alimentar, poderia, por si só, surtir efeito de forma bem mais eficaz que na situação anterior na qual as doenças tinham como determinantes, causas sociais muito mais difíceis de contornar.

Enquanto no Brasil se verificava essa transformação no perfil epidemiológico, no Ceará os indicadores de saúde materno-infantil atingiram um nível aceitável. No entanto, a situação de saúde inicial de mulheres e crianças era tão grave, quando o PAS foi lançado no Ceará, o quadro da saúde pública tão precário, que qualquer medida tomada tenderia a repercutir positivamente, mesmo que isolada de mudanças nos demais setores sociais.

Portanto, o que ocorreu no Ceará foi a evolução no quadro de saúde da população concomitantemente a uma melhoria, embora modesta, de alguns indicadores sociais. Sobretudo no setor saúde, as mudanças foram mais sensíveis e creditadas a medidas como as ações preventivas, a exemplo da vacinação e da intervenção precoce nos casos de desidratação – chegando-se ao ponto em que para continuar essa evolução não bastariam essas ações setoriais, mas um maior progresso também nos demais determinantes de condições de vida da população. Diante dessa nova situação a ação dos agentes de saúde precisaria mudar, em decorrência da mudança no quadro inicial de sua intervenção. Na minha opinião, uma mudança possível e até lógica para a continuidade do sucesso de suas ações seria este agente passar a ser efetivamente um educador popular em saúde, no

sentido de facilitar na comunidade a discussão dos problemas, suas causas, conseqüências e estratégias capazes de solucioná-los, ou minimizá-los.

Conforme já demonstrado, embora a capacitação dos (das) agentes fosse reconhecida como necessária, centrava-se nas referidas ações básicas de saúde. A capacitação objetivando transformar esse (a) agente de saúde num (a) educador (a) da comunidade, de fato, no Ceará, jamais ocorreu.

Ao se instituir o programa nacionalmente, o PACS passa a ser visto, entre outras funções, como uma forma de organizar a demanda no primeiro nível de atenção. O período entre sua institucionalização nacional e a implantação do PSF como nova estratégia de atenção primária é relativamente curto. Na realidade o PACS caracteriza-se como uma forma de transição.

Ao se inserir no PSF, as práticas dos (das) agentes de saúde sofrem a influência dessa inserção, como não poderia deixar de ocorrer. A meu ver, nos estados onde é recente a experiência dos (das) agentes de saúde isso não teve grande significação, o que não se aplica em casos como o do Ceará. Aqui, ao ser implantado o PSF, entre os (as) agentes de saúde incorporados à equipe, havia aqueles que já atuavam há quase uma década, com relativa autonomia em suas ações. Portanto, a incorporação ao PSF, representa de certa forma uma perda de *status*: o (a) agente passa de fato a ser apenas o elemento que facilita o contato entre a comunidade e o serviço de saúde, o próprio agente passa a perceber-se assim, como ilustra a categoria “agente porta de entrada do PSF”.

Outra característica da assimilação do agente de saúde pela ESF é a perda da solidariedade que marcou inicialmente o programa. Tal perda pode ser relacionada a dois fatores fundamentais:

1. A necessidade de quantificação dos procedimentos realizados – traduzidos na prática, como o (a) agente de saúde produzindo/coletando dados para o sistema, com a dupla função de alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica no nível local e de aferir a produtividade do agente, na realidade a função mais importante no caso estudado;

2. As relações estabelecidas na ESF levam o (a) agente de saúde a ter como princípio norteador de suas ações o cumprimento das normas estabelecidas por tais relações, mesmo que estas não se encontrem explícitas. Via de regra, essas normas não objetivam a qualidade do serviço prestado à família/comunidade e sim a própria dinâmica de funcionamento do serviço.

Com a implantação do PSF, algumas das ações anteriormente realizadas exclusivamente pelos (as) agentes de saúde (incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento, vigilância a imunização) passam a ser desempenhadas também pelos demais profissionais. O que cabe quase exclusivamente ao agente é a visita domiciliar rotineira.

Assim, apesar de se perceber como o membro mais importante da ESF, justamente por fazer o elo entre esta e a comunidade, e de ter essa importância reconhecida por outros profissionais da equipe, na prática, o agente de saúde é o profissional mais fragilizado do PSF. Hierarquicamente está submetido aos profissionais de nível superior, submissão não explicitada em nenhum documento, como já referido, porém inscrita na prática da equipe, marcada pela autoridade que presumivelmente os “doutores” adquirem juntamente com o conhecimento acadêmico e que muitos, a prática assim o demonstra, fazem questão de exercitar.

Sob essa perspectiva, exige-se desse agente um novo perfil. Mas que perfil seria esse? A função que realmente poderia desenvolver, aquela para a qual seria o

profissional mais habilitado porque é *a priori* quem melhor conhece a comunidade e também pela alta rotatividade característica dos demais componentes da ESF - obstáculo para a formação do vínculo indispensável na relação educador/educando - seria a de educador popular em saúde, atividade para a qual, salvas as exceções, nenhum componente da ESF está devidamente preparado. O que falta é a capacitação específica, como demonstraram as categorias “a agente com conhecimentos insuficientes” e “agente impotente diante dos determinantes socioeconômicos”. Ao se tornar educador, o (a) agente de saúde estaria, além do mais, apto a incrementar um dos princípios do SUS ainda muito fragilizado, o da participação comunitária. No caso em estudo essa participação é incipiente.

Entretanto, evidenciam-se aí problemas práticos. Por exemplo: Quais as possibilidades de se trabalhar com EPS, na forma como o PSF está organizado no município? O número de famílias acompanhadas por algumas agentes de saúde é muito maior que o preconizado, o que representa uma dificuldade concreta; o aumento da cobertura de ações como o pré-natal, a imunização, o monitoramento do crescimento, reflete a quantidade, com uma qualidade discutível. Como lidar com as relações entre os problemas de saúde e as condições de vida das famílias? Até que ponto esses aspectos podem e devem ser discutidos com a comunidade?

Enquanto persistem lacunas na atenção primária, sobressaem as críticas ao PSF por ser um programa excessivamente focalizado e fazer medicina “de baixo custo”; críticas, aliás, procedentes, como demonstrado nesse estudo. O PSF é conduzido precariamente na região estudada, em nenhum momento do período do estudo as ESF estiveram completas, falta sobretudo o profissional médico. Além disso, as agentes de saúde não sentem apoio nessa equipe, e a falta de capacitação foi referida por vários profissionais. Que tipo de serviço uma equipe assim poderá

oferecer? Nesse contexto, realmente o PSF caracteriza-se como um programa de medicina simplificada para as famílias menos favorecidas, longe de ser uma estratégia eficiente de atenção primária em saúde com o grau de resolutividade que a porta de entrada do sistema requer. Esse problema identificado em Uruburetama parece ser uma mazela nacional. É o que se deduz do que diz Mendes (2005, s/p) sobre a APS:

No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significativo primário quer referir-se ao complexíssimo princípio da PÁS, o do primeiro contacto. Essa visão básica da APS faz com que ela possa ser feita de qualquer jeito: com pouco financiamento, com relações de trabalho extremamente precarizadas, com um arsenal de medicamentos muito estrito, com uma infraestrutura física completamente deteriorada, na ausência de sistemas eficazes de Educação Permanente etc.

Como evidenciado, a prática observada ainda é calcada no modelo hegemônico, cujo foco são a doença e a ação curativa, em contraposição à proposta do PSF, que requer, de acordo com os movimentos pela reforma sanitária e o MS, a ampliação do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (Brasil, 1997). Portanto, a prática educativa do agente se dá dentro do modelo verticalizado e normatizador, característico em regra das práticas educativas em saúde.

Em relação ao agente de saúde, há o consenso de que sua formação precisa ser rediscutida em novas bases. De acordo com a diretriz do Ministério da Saúde, está atualmente em curso no Ceará, a capacitação destinada a qualificar o agente de saúde como técnico de nível médio por meio de um curso modulado de 1.200 horas. Só poderão concluir a qualificação e assim obter o diploma de técnico de nível médio os agentes que tiverem concluído o segundo grau (Brasil, 2004).

A mencionada qualificação prevê três etapas. Apenas parte do conteúdo da segunda etapa diz respeito à educação em saúde, e requer dos agentes inúmeras habilidades relacionadas com o perfil de educador. Contudo, o documento não explicita se a qualificação prevê a formação desse agente **educador**, parecendo antes sugerir que o agente já é habilitado como “educador em saúde”.

Insisto que é prioritário qualificar o agente de saúde como educador popular em saúde. Primeiro, torná-lo educador. Depois capacitá-lo nos temas específicos. Essa deveria ser uma diretriz para a qualificação desse trabalhador de saúde e uma perspectiva política de estratégia de atenção primária realmente inovadora.

Referências

ABU-EL-HAI, J. *A mobilização do capital social no Brasil: o caso da reforma sanitária no Ceará*. São Paulo: Anablume, 1999. 232 p.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n.16, p.39-52, 2005.

ANDRADE, F. M. O. *O Programa de Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento*. Fortaleza: SESA/UNICEF. 1998. 220 p.

ÁVILA, M. M. M. *Multimistura da alimentação alternativa: mito ou realidade?* Fortaleza: Funece, 2000. 176 p.

BARBOSA, F. S. *Programa Integrado de Saúde Comunitária: uma história de caso*. Planaltina, DF: [s.ed.], 1981.

BECKER, H. S. *Métodos de pesquisas em ciências sociais*. São Paulo: HUCITEC, 1997. 178 p.

BENICIO, M. H. D'A.; MONTEIRO, C. A. ; ROSA, T. E. da C. Evolução da desnutrição, da pobreza e do acesso a serviços públicos em dezesseis estados. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: HUCITEC, 1995, p.141-150.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 6ª. ed. atual. até 31/12/2000. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

_____. Decreto Federal nº. 3.189/99. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. Brasília, 1999.

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios

com relação às políticas de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*., Brasília, DF, 29 set. 1990.

BRASIL. Lei nº. 1.507. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 10 jul. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: MS, 2002 c. 152 p.

_____. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações - indicadores demográficos*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 9 out. 2005.

_____. *Políticas sociais: acompanhamento e análise dos indicadores socioeconômicos*. Brasília: IPEA, 2005b.

_____. Portaria, nº. 21, de 5 de janeiro de 2005. Aprova a relação dos indicadores de atenção básica. Brasília: MS, 2005c.

_____. *Referencial curricular para o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde*. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: MS, 2004.

_____. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Estudo de caso Brasil: a integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para o alcance das metas do milênio no contexto do direito humano a alimentação adequada*. Brasília: MS, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: MS, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: MS, 1997b.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: MS, 2000.

_____. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. Brasília: MS, 2002b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 69).

BRANDÃO, C. R. *O que é o método Paulo Freire*. São Paulo: Brasiliense, 2004. 113 p.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância à saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. *Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: desenvolvimento/Cronograma*. Fortaleza: ESP, 2004.

CEARÁ. Governador (1998-2002: Ciro Gomes). *Plano estadual de combate à mortalidade infantil*. Fortaleza: SESA, 2002b.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Estado do Ceará. *Perfil básico municipal*, 2005. Disponível em: <www.ipece.ce.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2005.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. *Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços de Sistema Único de Saúde do estado do Ceará*. Fortaleza: SESA, 1998.

_____. *Indicadores e dados básicos para a saúde no Ceará – 2003*. Fortaleza: SESA, v. 3, 2005 b.

_____. *Informações em saúde*. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 15 mar. 2006.

_____. *Pesquisa de saúde materno-infantil no Ceará*. Fortaleza: SESA, 1987.

CEARÁ. Portaria n°. 232/92 de 15 de Maio de 1992. Estabelece normas técnicas e operacionais de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação do Programa de Agentes de Saúde, criado pelo Decreto Estadual n°. 19.945 de 02 de janeiro de 1989 e dá outras providências. *Diário Oficial [do] Estado do Ceará*, Fortaleza, n°. 15.813, 22 maio 1992. Parte 1.

_____. *IV Pesquisa de saúde materno-infantil no Ceará: relatório preliminar*, Fortaleza: SESA, 2003b.

_____. *Saúde da Família: um novo modelo de atenção*. Fortaleza: SESA, 1995.

_____. *A saúde no Ceará em grandes números: uma avaliação da situação de saúde e das ações implementadas pelo sistema público estadual: 1995-2002*. Fortaleza: SESA, 2002c.

_____. *Série histórica de produção da área geral referente ao município de Uruburetama no ano de 2003*. Fortaleza: SESA, 2003c.

_____. Secretaria de Saúde. SIAB/CE. *Relatórios dos indicadores de mortalidade infantil e desnutrição em crianças menores de 23 meses da área geral referentes ao ano de 2002*. Fortaleza: SESA, 2002.

_____. *Relatório de quantidade de profissionais no PACS e PSF, referente a 2003*. Fortaleza: SESA, 2003.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Observação da educação dos profissionais de saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: *OBSERVATÓRIO de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 343-372.

COELHO FILHO, J. M.; Ramos, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 33, n. 5, p. 445-453, 1999.

DAVID, H. M. S. L. Do povo de Deus à institucionalização domesticadora: mudanças e passagens em duas décadas de educação popular com agentes comunitários de

saúde. In: VASCONCELOS, E. M. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 217-235.

DIAS, M. B. *Direito de família*. Disponível em: <www.prolegis-cursosjuridicos.com>. Acesso em: 25 jun. 2004.

ELIAS, P. E. Estrutura e organização da atenção a saúde no Brasil. In: *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996. p. 57-116.

FAVORETO, C.A.O. *Programa de Saúde da Família no Brasil: do discurso e das práticas*. 2002. 122f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

FERNANDES, S. Entrevista. *Revista Conasems*, Brasília, Ano 1, v. 12, p. 7-14, jun.-jul., 2005.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 27. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. 158 p.

_____. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 245 p.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GIGANTE, D. P.; VICTORA, C. G.; ARAUJO, C. L. P.; BARROS, F. C. Tendências no perfil nutricional de crianças nascidas em 1993 em Pelotas-RS, Brasil: análises longitudinais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 5141-5147, 2000.

GOYA, N. *O SUS que funciona em municípios do Ceará*. Fortaleza: AMECE/UNICEF, 1996. 170 p.

HERZLICH, C.; ADAM, P. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: EDUSC, 2001. 144 p.

IBGE. Censo demográfico 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 jun. 2004.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATEGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. *Índice de desenvolvimento municipal – Ceará*. Disponível em: <www.ipece.ce.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2005. 2002d.

LEITE, A. J. M.; MACHADO, M. M. T.; ALMEIDA, N. M. G. S.; CAMPOS, J. S. *Atenção à saúde de crianças que faleceram em municípios com as mais altas taxas de mortalidade infantil no estado do Ceará*. Fortaleza: SESA/Universidade Federal do Ceará, 2002.

MCAULIFFE, J. *Análise crítica do Programa de Agentes de Saúde do Ceará: relatório final*. Fortaleza: SESA, 1994.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS: tomo I*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 144 p.

_____. O Sus e a atenção primária a saúde. *Revista de Atenção Primária em Saúde*, v. 8, n. 2, 2005. Disponível em: <www.nates.ufjf.br>. Acesso em: 1 mar. 2006.

NATIONS, M. K.; ANDRADE, F. M. O.; BARRETO, A. de P. *Rezas e soro salvando crianças*. Fortaleza: Fundação Instituto Conceitos Culturais & Medicina. 1997. 89 p.

OLIVEIRA, F. de. A questão do Estado: vulnerabilidade social e carência de direitos. *Cadernos Abong*, jun. 1995. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br>>. Acesso em: 15 out., 2005.

PELIANO, A. M. T. M. (Coord.) *O Mapa da fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar*. Brasília: IPEA, 1993. (Série Documentos de Política; n. 14).

_____. Programa de Saúde da Família. In: SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1999, Brasília, DF. *Relatório final*. Brasília, DF, 1999.

PENTEADO, S.M.P. *Subnotificação de óbitos infantis no sistema de informação sobre mortalidade (SIM): uma análise comparativa com o registro dos agentes de saúde*. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Relatório de desenvolvimento humano 2002*. Disponível em: <www.sespa.pa.gov.br>. Acesso em: 3 jun. 2004.

POCHMAAN, M.; AMORIM, R. (Org.). *Atlas da exclusão social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2003. 223 p.

SAMPAIO, J. L. S. *A fome e as duas faces do estado do Ceará*. 1999. Tese (Doutorado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia e Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SANTOS, L. A. de Castro. A vez da mulher camponesa: movimento social, identidade e saúde no Maranhão (um relato hirschmaniano). *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, v. 20, n. 1, p. 43-62, jan/jun. 2003.

SCHRAIBER, I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, I. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 29-47.

SILVA, A. M. C. *Viva criança: os caminhos da sobrevivência infantil no Ceará*. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 1999. 272 p.

_____. *O impacto do PSF no município de Sobral-Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002*. 2003. Tese (Doutorado em Pediatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. de. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978. 166 p.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.115-136.

SORIANO, R. R. *Manual de pesquisa social*. Petrópolis: Vozes, 2004. 342 p.

SOUSA, A. C. T. *Circunstâncias de óbitos pós-neonatais no Ceará: a via sacra das mães a procura de atenção à saúde por ocasião da doença que levou seus filhos a óbito*. Fortaleza: SESA, 2000.

SOUSA, M. F. *Agentes comunitários de saúde: Choque de povo*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2003. 162 p.

SPRADLEY, J. P. *Participant observation*. Orlando: Holt, 1980. 195 p.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Brasil, Ministério da Saúde, 2004, 726.

STOTZ, E. N. *Os desafios para o SUS e a educação popular*. Disponível em: www.redepopsaude.com.br. Acesso em: 20 fev. 2006.

_____. Encontro de movimentos e praticas de educação popular e saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 179-82, set. 2003c.

_____. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 25-33, jan.-mar., 2003b.

STOTZ, E. N.; DAVID, M. H. S. L.; WONG UN, J. A. Educação popular e saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. *Revista de Atenção Primaria a Saúde*, v. 8, n. 1, p. 1-23, 2005. Disponível em: www.nates.ufjf.br. Acesso em: 1 mar. 2006.

UNICEF. *Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978*. Brasília, 1979.

URUBURETAMA. Secretaria Municipal de Saúde. *Avaliação municipal do pacto dos indicadores da atenção básica*. Uruburetama: SMS, 2004b.

_____. *Série histórica das informações de saúde da zona geral do modelo geral*. Uruburetama: SMS, 2004.

_____. *Série histórica das informações de saúde da zona geral do modelo geral*. Uruburetama: SMS, 2005.

VALLA, V. V. Educação popular e conhecimento: a monitoração civil dos serviços de saúde e educação nas metrópoles brasileiras. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 103-112.

_____. O que a saúde tem a ver com a religião? In: VALLA, V. V. (Org). *Religião e cultura popular*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p 113-137.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 1, v. 14, 2004, p.67-82.

_____. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC: UVA, 2001. 336 p.

_____. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001b. p 11-19.

VIANA, A. L. D'Á.; DAL POZ, M. R. Reforma em saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família: informe final. *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 166, out. 1998.

ANEXOS

ANEXO A – Formulário de declaração de nascidos vivos



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª Via - Secretaria de Saúde

Declaração de Nascido Vivo

Nº

I	Cartório	1 Cartório		Código		2 Registro		3 Data			
		4 Município						5 UF			
II	Local da Ocorrência	6 Local da ocorrência		7 Estabelecimento				Código			
		☐ 1 - Hospital ☐ 2 - Outros estab. saúde ☐ 3 - Domicílio ☐ 4 - Outros ☐ 9 - Ignorado									
		8 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da mãe (Rua, praça, avenida, etc)		Número		Complemento		9 CEP			
		10 Bairro/Distrito		Código		11 Município de ocorrência		Código		12 UF	
III	Mãe	13 Nome da mãe				14 RIC					
		15 Idade (anos) 16 Estado civil ☐ 1 - Solteira ☐ 2 - Casada ☐ 3 - Viúva ☐ 4 - Sep. Judicial/Divorc. ☐ 9 - Ignorado		17 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) ☐ 1 - Nenhuma ☐ 2 - De 1 a 3 ☐ 3 - De 4 a 7 ☐ 4 - De 8 a 11 ☐ 5 - 12 e mais ☐ 9 - Ignorado		18 Ocupação habitual e ramo de atividade Código		19 N.º de filhos tidos em gestações anteriores (obs: utilizar 99 se ignorados) Nascidos vivos Nascidos mortos			
		Residência da mãe		Número		Complemento		21 CEP			
		20 Logradouro									
		22 Bairro/distrito		Código		23 Município		Código		24 UF	
IV	Gestação e parto	25 Duração da gestação em semanas		26 Tipo de gravidez		27 Tipo de parto		28 Número de consultas de pré-natal			
		Semanas 99 - Ignorado		☐ 1 - Única ☐ 2 - Dupla ☐ 3 - Tripla e mais ☐ 9 - Ignorado		☐ 1 - Vaginal ☐ 2 - Cesáreo ☐ 9 - Ignorado		99 - Ignorado			
V	Recém Nascido	29 Nascimento		30 Sexo		31 Índice de Apgar					
		Data Hora		☐ M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ 1 - Ignorado		1º minuto 5º minuto					
		32 Raça/cor		33 Peso ao nascer							
		☐ 1 - Branca ☐ 2 - Preta ☐ 3 - Amarela ☐ 4 - Parda ☐ 5 - Indígena		em gramas							
		34 Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica?		Qual?							
		☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado									
VI	Identificação	35 Polegar direito da mãe		36 Pé direito da criança							
VII		Responsável pelo preenchimento		38 Função		39 Identidade		40 Órgão Emissor		41 Data	
		37 Nome									
ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO O Registro de Nascimento é obrigatório por lei. Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.											

ANEXO B – Termo de Consentimento da Secretaria de Saúde de Uruburetama

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE URUBURETAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Declaramos para os devidos fins e efeitos legais que MARIA MARLENE MARQUES ÁVILA, doutoranda do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro desenvolve a pesquisa “ O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará”, realizada com as crianças de 0-12 meses em Uruburetama-Ceará e que seu trabalho de pesquisa tem o conhecimento e o aval dessa secretaria.

Uruburetama, 30 de Dezembro de 2004

Dra. Nilzete Zeidam Braga
Secretaria Municipal de Saúde

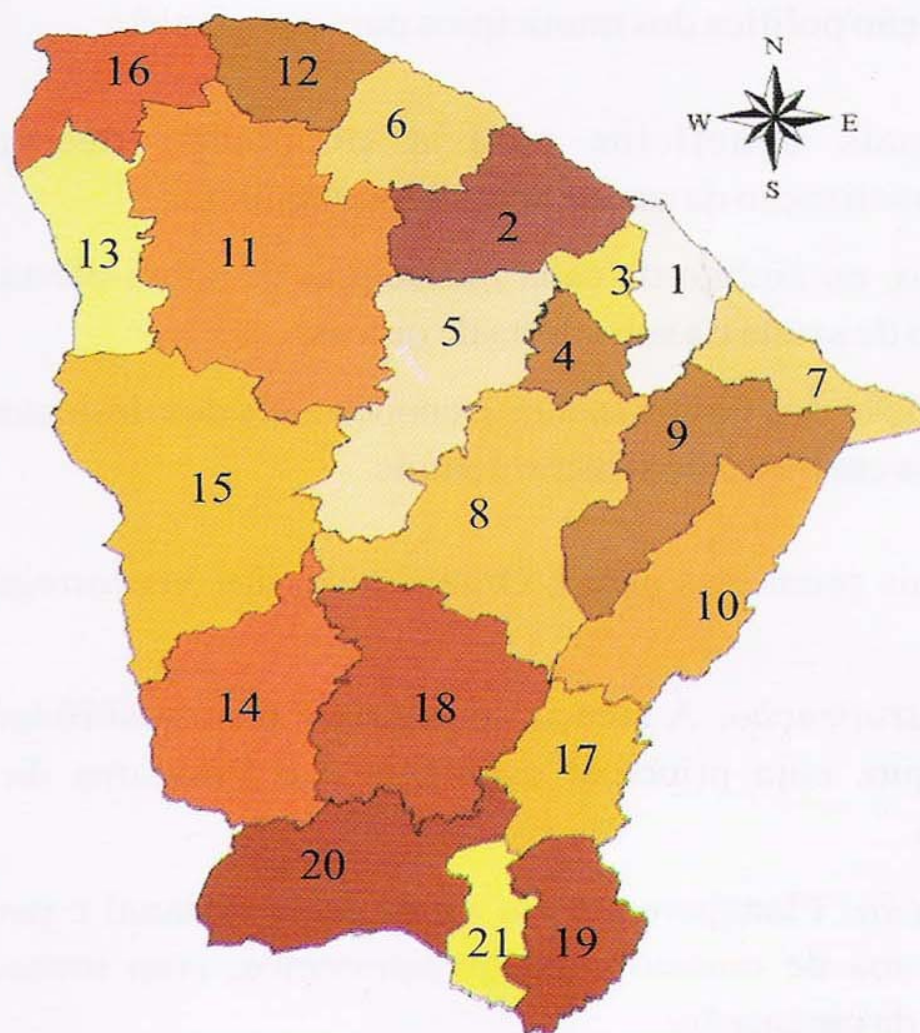
ANEXO C – Macrorregionais de Saúde. Ceará, 2005

Figura 1. Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará



ANEXO D – Microrregionais de Saúde. Ceará, 2005⁸

**Figura 1. Microrregiões Assistenciais de Saúde.
Ceará, 2002**



1	Fortaleza	8	Quixadá	15	Crateús
2	Caucaia	9	Russas	16	Camocim
3	Maracanaú	10	Limoeiro	17	Icó
4	Baturité	11	Sobral	18	Iguatú
5	Canindé	12	Acaraú	19	Brejo Santo
6	Itapipoca	13	Tianguá	20	Crato
7	Aracati	14	Tauá	21	Juazeiro

⁸ Atualmente são 22 microrregiões. O município de Cascavel é a 22ª.

APENDICES

APENDICE A – Entrevista de identificação das mães e crianças

Entrevista N° _____

1. Identificação da mãe/responsável pela criança:

Nome: _____

End: _____

2. Idade: _____

Escolaridade: _____

3. Estado civil: _____

4. Local do parto: _____ N° ordinal do parto: _____ N° de filhos _____

Intervalo entre as gestações : _____

Antecedente de RBPN () Sim () Não

Profissional que fez o parto: () Médico () Enfermeiro () Parteira

5. Número de consultas de pré-natal realizadas: _____

Idade gestacional na 1ª. consulta: _____

6. Condições de nascimento da criança:

IG: _____ Tipo de parto: _____ Peso: _____ Alt: _____ Apgar: _____ EN: _____

Outras observações: _____

7. Alimentação do RN na maternidade: _____

8. Orientações recebidas ao deixar a maternidade: _____

9. Tomou alguma vacina na maternidade? () Sim () Não

Se Sim, qual? _____

10. Ficou agendada uma volta da criança ao serviço médico?

() Sim () Não

Se sim, para quando: _____

11. Após deixar a maternidade recebeu a visita do AS?

() Sim () Não. Se sim, com quantos dias? _____

12. Agente de saúde que acompanha a família: _____

Data: _____

Entrevistador: _____

APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO DAS MAES

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____
Residente e domiciliada em Uruburetama–CE, na rua _____,

declaro participar por livre e espontânea vontade da pesquisa “AÇÕES REALIZADAS PELOS AGENTES DE SAUDE NO CEARÁ COM AS CRIANÇAS DE 0 -12 MESES, desenvolvida pela professora da Universidade Estadual do Ceará, Maria Marlene Marques Ávila. Aceito ser entrevistada e declaro que estou ciente que a pesquisadora visitará minha casa uma vez por mês até agosto de 2005 para acompanhar meu (minha) filho (a) mês a mês, como atividade da pesquisa. Declaro ainda estar ciente dos meus direitos de participar ou deixar de fazê-lo se assim for minha vontade, em qualquer período da realização do estudo. Estou igualmente ciente de que os resultados da pesquisa serão publicados em documentos especializados nos meios de comunicação científicos, universitários e/ou leigos que se fizerem necessários para levar a público os resultados obtidos. Estou informada de que toda a obtenção e análise das informações sobre minha participação nas atividades da pesquisa está de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos, 1996.

Assinatura

Uruburetama, ____/____/____

APENDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DAS AGENTES DE SAUDE

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____
Residente e domiciliada em Uruburetama–CE, na rua _____

_____,
declaro participar por livre e espontânea vontade da pesquisa “AÇÕES REALIZADAS PELOS AGENTES DE SAUDE NO CEARÁ COM AS CRIANÇAS DE 0 -12 MESES, desenvolvida pela professora da Universidade Estadual do Ceará, Maria Marlene Marques Ávila, no período de agosto de 2004 a agosto de 2005. Declaro que concordo que a pesquisadora me entreviste e me acompanhe em minhas atividades rotineiras, tais como a visita domiciliar, o acompanhamento do peso das crianças, as reuniões com outros profissionais de saúde no município e as reuniões de avaliação mensal. Declaro ainda estar ciente dos meus direitos de participar ou deixar de fazê-lo se assim for minha vontade, em qualquer período da realização do estudo. Estou igualmente ciente de que os resultados da pesquisa serão publicados em documentos especializados nos meios de comunicação científicos, universitários e/ou leigos que se fizerem necessários para levar a público os resultados obtidos. Estou informada de que toda a obtenção e análise das informações sobre minha participação nas atividades da pesquisa está de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos, 1996.

Assinatura

Uruburetama, ____/____/____

APENDICE D – Formulário de registro da evolução das crianças

Visita N° _____ Data: _____

1. Criança: _____

2. Informações prestadas por: _____

Idade	Alimentação Registro da introdução de novos alimentos e tipo de preparações	Peso (K)	Desenvolvimento (registro dos principais marcos)	Intercorrências	Visita da AS
1º. mês					
2º. mês					
3º. mês					
4º. mês					
5º. mês					
6º. mês					
7º. mês					
8º. mês					
9º. mês					
10º. mês					
11º. mês					
12º. mês					

3. Em caso de adoecimento, registrar:

3.1. O que foi feito? _____

3.2. Quanto tempo durou a doença? _____

3.3. A agente de saúde tomou conhecimento? () Sim () Não

3.4. Se sim, o que ela fez? _____

3.5. A criança foi encaminhada para algum profissional de saúde, ou algum serviço de atendimento médico? () Sim () Não

3.6. Se sim, por quem? _____

Para qual profissional ou serviço? _____

3.7. Que tratamento foi feito? _____

3.8. Que orientações foram recebidas? _____

Dadas por quem? _____

4. Agente de saúde responsável pelo acompanhamento: _____

APENDICE E – Entrevista inicial com a Agente de Saúde

Entrev. Nº: _____

1. Nome: _____
Idade: _____
Escolaridade: _____
Estado civil: _____
2. Responsável pela área: _____
3. Há quanto tempo é agente de saúde? _____
4. Quantas famílias você acompanha? _____
5. Entre essas famílias quantas têm crianças de 0-12 meses? _____
6. Como é o acompanhamento a essas crianças? _____

7. Fale um pouco sobre sua rotina de trabalho:

Data: _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)