

# AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM NOVO PROFISSIONAL PARA NOVAS NECESSIDADES DA SAÚDE

*Community Health Agent: A New Professional for New Health Needs*

**Antonio Carlile Holanda Lavor**

Médico Sanitarista. Assessor da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Sobral/CE. Assessor da Escola de Saúde Pública do Ceará.

**Miria Campos Lavor**

Assistente Social Sanitarista. Assessora da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Sobral/CE. Assessora da Escola de Saúde Pública do Ceará.

**Ivan Campos Lavor**

Estudante de jornalismo.

## Sinopse

**O** texto trata do histórico da profissão agente comunitário de saúde, sua fidelidade à comunidade e aos serviços de saúde, o trabalho e as perspectivas profissionais. Em fevereiro de 2002 foi assinado o anteprojeto de lei de reconhecimento da mais recente categoria profissional na saúde. A profissão Agente Comunitário de Saúde, com mais de 150.000 profissionais espalhados por todo o país, transformou-se em lei em julho do mesmo ano, exigindo, agora, uma qualificação básica. O embrião dos futuros agentes de saúde surge em 1974/1978, em Planaltina-DF, na experiência com auxiliares de saúde. Para o Projeto Piloto foram reunidos Universidade de Brasília, governo do Distrito Federal, Fundação Kellogg e Fundação Interamericana. A idéia era aproveitar a experiência de controlar a esquistossomose em comunidades de Pernambuco (no final da década de 40), através do trabalho educativo. Com a prática, e com a atuação dos agentes de saúde, os profissionais de saúde identificaram que a solução de muitos problemas daquela população não estaria no hospital, mas no ambiente familiar e comunitário.

## Palavras-chave:

*Agente comunitário de saúde; programa saúde da família; promoção da saúde; atenção primária à saúde.*

## Abstract

**T**his text deals with the history of the community health agent, their loyalty to the community and to health services, the work and professional perspectives. In February 2002 the pre-project for recognition by law of the most recent professional health category was signed. The Community Health Agent profession, with more than 150,000 professionals spread around the whole country, it became law in July that same year, requiring, now, basic qualifications. The birth of the future health agents came about in 1974/1978, in Planaltina-DF, in an experiment with nursing auxiliaries. For the Pilot Project the University of Brasilia, government from the Federal District, the Kellogg Foundation and the Inter-American Foundation were assembled. The idea was to take advantage of the experiment to control schistosomiasis within communities in Pernambuco (at the end of the 1940s), through educative work. With the practice, and performance of health agents, health professionals identified that the solution for many problems within that population would not be in the hospital but in the family and community scope.

## Key words:

*Community health agent; family health program; health promotion.*

**E**m fevereiro de 2003 em Recife, na festa comemorativa dos 150.000 agentes, quando celebrou-se a totalização daquele número de profissionais no Brasil, o Presidente da República atendeu a uma importante reivindicação do serviço de saúde brasileiro. Naquele momento foi assinado o anteprojeto de lei de reconhecimento da mais recente categoria profissional na saúde. Encaminhado ao Congresso Nacional, em julho do mesmo ano o anteprojeto transformou-se em lei, reconhecendo a profissão do Agente Comunitário de Saúde, e exigindo deste uma qualificação básica.

### UM BREVE HISTÓRICO DOS AGENTES DE SAÚDE DO CEARÁ

O professor Frederico Simões Barbosa aprendera, no final da década de 1940, a controlar a esquistossomose em comunidades de Pernambuco através do trabalho educativo. Àquela época essa endemia sacrificava muitos nordestinos após longos períodos de sofrimento com uma doença incurável. Com os conhecimentos adquiridos posteriormente na Organização Mundial de Saúde (OMS), reuniu, de 1974 a 1978, uma equipe em Planaltina-DF para realizar uma experiência com auxiliares de saúde, embriões dos futuros Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Ceará. Ali se reuniram para esse projeto a Universidade de Brasília, o governo do Distrito Federal - Fundação Hospitalar e Fundação de Serviço Social, a Fundação Kellog e a Fundação Interamericana.

Os profissionais de saúde do Hospital Escola da Universidade de Brasília, localizado em Sobradinho-DF, haviam acumulado conhecimentos sobre as causas das doenças mais comuns que acometiam nordestinos e goianos advindos à nova capital. Os 80 professores do curso de medicina, responsáveis pelo hospital, trabalhavam em tempo integral dedicados exclusivamente ao atendimento dos doentes, ao ensino e à pesquisa das doenças dos 25.000 habitantes daquela cidade satélite. Eles identificaram que a solução de muitos problemas de saúde daquela população não estaria no hospital, mas no ambiente familiar e comunitário.

As assistentes sociais da Fundação de Serviço Social do Distrito Federal dominavam bem as técnicas para se comunicarem com os moradores da cidade. Estudavam com a Prof<sup>a</sup>. Safira Bezerra Aman, da Universidade de Brasília, a *Participação Social*, trabalhavam com a *Dinâmica de Grupo* de Lauro de Oliveira Lima e discutiam as idéias de Paulo Freire. Assim prepararam a metodologia para a capacitação dos auxiliares de saúde de Planaltina, origem da experiência de Jucás e seu posterior desenvolvimento para os ACS do Ceará. As pessoas simples do povo e os profissionais sentiam-se à vontade para manifestar o seu pensamento, discutir as suas idéias e buscar soluções para os problemas.

Procurava-se reforçar nos auxiliares de Planaltina e, posteriormente, nos agentes, a sua capacidade de se comunicarem com as famílias, com os profissionais de saúde e com outras lideranças com quem viessem a trabalhar.

O Ceará iniciou em 1987 um programa emergencial no atendimento às vítimas da seca com 6.000 ACS. Entre as mulheres pobres responsáveis pelo sustento da casa foram selecionadas aquelas que melhor se comunicavam e bem se relacionassem com seus vizinhos - famílias que seriam acompanhadas por elas. Essas mulheres tinham pouco estudo, sendo algumas delas analfabetas. Em 1988 a Emergência foi desativada e no mesmo ano iniciou-se, de forma duradoura, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) coordenado pela mesma equipe que executara o programa da emergência.

Grande parte das mulheres que trabalharam no programa inicial foi aproveitada de modo que seu forte vínculo comunitário terminou por influenciar os serviços de saúde do Ceará. Elas ajudaram a gerar o Programa Saúde da Família (PSF) em Quixadá-CE e a tornar o Sistema Único de Saúde (SUS) cearense preocupado com os contêrreos mais afastados dos centros médico-hospitalares. Outras pessoas das comunidades periféricas sempre trabalharam na saúde como auxiliares, mas suas vozes não eram ouvidas. Não conseguiam se comunicar. Em 1990 havia 3.433 agentes. Em 1994, totalizaram 7.818. E neste momento, somam-se 10.500 agentes espalhados pelos 184 municípios do Estado.

O resultado das 10 principais ações dos agentes na promoção da saúde, listadas a seguir, deram-lhe destaque no Ceará:

- levar as gestantes para o pré-natal e para o parto assistido;
- acompanhar a puérpera e o recém-nascido com os cuidados de higiene, estimulando o aleitamento materno;

*O professor Frederico Simões Barbosa aprendera, no final da década de 1940, a controlar a esquistossomose em comunidades de Pernambuco através do trabalho educativo. Àquela época essa endemia sacrificava muitos nordestinos após longos períodos de sofrimento com uma doença*

- seguir o crescimento das crianças dando atenção especial às imunizações, à vigilância nutricional, ao uso do soro oral nas diarreias e à busca de tratamento quando adoeciam;
- identificar os óbitos infantis e maternos;
- notificar as doenças transmissíveis;
- ajudar as pessoas na procura por serviços de saúde;
- intermediar as relações entre as secretarias de saúde e as comunidades no controle de epidemias, endemias e outras situações de risco;
- procurar todos os cães, gatos e outros animais domésticos para a imunização contra a raiva;
- clorar a água domiciliar e
- zelar pela melhoria das condições ambientais.

Com sua criatividade em pouco tempo transformaram o Ceará, que apresentava a mais baixa cobertura de crianças imunizadas, em campeão nacional. Praticamente desapareceu o parto desassistido na zona rural. As mães voltaram a amamentar seus filhos e os sinos diminuíram o toque que anunciava “a viagem de um anjinho para o céu”.

O escritório do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) no Ceará apoiou com muita firmeza a avaliação dos resultados alcançados no Estado. Foi realizada a primeira Pesquisa sobre a Saúde Materno-Infantil no Ceará (PESMIC) em 1987, que depois se repetiu em 1990 e 1994. O Dr. Ennio Svitone, médico epidemiologista que trabalhou naquele escritório de 1987 até 1997, preparou com a Dra. Cecília Minayo<sup>5</sup> e J.C. D’elia uma avaliação específica do trabalho dos agentes em 1990. Esta pesquisa, reunida às duas primeiras PESMICs e aos resultados das imunizações das crianças avaliados pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), reforçaram para o Ministério da Saúde e para as Secretarias Estaduais de Saúde do Nordeste a idéia da ampliação do programa dos agentes para toda a região.

O Dr. Svitone estruturou, com a Coordenação do programa dos agentes na Secretaria de Saúde do Estado, a coleta, tratamento e análise dos dados que mensalmente os instrutores/supervisores colhiam de cada um dos agentes. Essa avaliação mensal, que havia se iniciado no município de Jucás em 1988, foi sistematizada em Iguatu a partir de março de 1989, estendendo-se pelos demais municípios cearenses, atingindo em 1994 a cobertura dos 183 municípios do interior do Estado. O Ministério adotou-a nacionalmente com o nome de SIPACS (Sistema de Avaliação do Programa Agentes Comunitários de Saúde). Com a criação do PSF o

sistema cresceu, passando a chamar-se SIABS (Sistema de Avaliação da Atenção Básica à Saúde).

Os agentes passaram a trazer, todos os meses, a notícia de quantas crianças nasciam e quantas iam ao óbito. A mortalidade infantil deixou de ser uma estatística fria da epidemiologia e passou a ser um instrumento de avaliação mensal do serviço de saúde. Começou-se a notar que no Ceará, à época das chuvas, tão desejadas pelos sertanejos, as crianças morriam mais, despertando para a necessidade de melhorar a qualidade da água e do saneamento. As relações entre a falta de aleitamento materno, a desnutrição, o analfabetismo, a pobreza e a morte das crianças passaram a ser bem compreendidas. A mortalidade infantil tornou-se um tema importante nos palanques políticos, transformando-se numa das medidas de desempenho das administrações municipais e estadual.

Diante do sucesso dos agentes, o Ministério da Saúde criou, em 1991, o PACS para os Estados do Nordeste, recebendo a ajuda dos técnicos cearenses na formação das equipes coordenadoras do programa em todas as secretarias estaduais da região. Seguiu-se posteriormente a extensão para todo o Brasil, alcançando-se atualmente o número de 176.000 agentes.

Os agentes ultrapassaram os limites da saúde. A partir de 1995 iniciaram o trabalho de identificação das crianças que estavam fora da escola e participaram ativamente da mobilização dos pais, dos professores e dos prefeitos para que todas as crianças viessem para a sala de aula.

Em reconhecimento a este trabalho a Secretaria Estadual de Educação do Ceará chamou os próprios agentes para as aulas, iniciando a primeira turma do supletivo do primeiro grau no programa educacional *Tempo de Avançar*, em julho de 1998, na cidade de Russas. Eles assistiam as aulas uma manhã por semana. Noventa por cento dos agentes do Estado voltaram à escola. Mais da metade já concluiu o segundo grau e o restante continua estudando.

Algumas pessoas temiam que a sua escolarização os afastasse da comunidade, mas isto não ocorreu. A escola abriu-lhes mais horizontes e

*Procurava-se reforçar nos auxiliares de Planaltina e, posteriormente, nos agentes, a sua capacidade de se comunicarem com as famílias, com os profissionais de saúde e com outras lideranças com quem viessem a trabalhar.*

continuaram com os pés e os corações fincados no seu meio.

No ano de 2003, os agentes ajudaram a Secretaria Estadual de Agricultura na campanha de vacinação para a erradicação da febre aftosa. Auxiliaram os agrônomos a encontrar os pequenos proprietários que possuíam poucas vacas, importantes para o fornecimento de leite para seus filhos. Sempre que há necessidade de alguém que conheça bem as famílias e sua comunidade, que possa desenvolver qualquer trabalho de melhoria das condições de vida comunitária, são lembrados os agentes com sua disponibilidade para a cooperação.

## FIDELIDADE À COMUNIDADE E AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Esta relação especial com a comunidade e com o serviço de saúde é a característica primeira dos ACS em todas as regiões do mundo. No Brasil, têm-se os exemplos dos voluntários da Pastoral da Criança e do IMEP (Instituto de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Ceará). As parteiras tradicionais, acompanhadas pelo Prof. Galba Araújo, que alcançaram reconhecimento internacional pelo seu desempenho, representam outro bom exemplo de agentes da comunidade ligados ao serviço de saúde.

Vivendo na comunidade onde trabalham, os agentes não estendem simplesmente os conhecimentos dos profissionais de saúde às famílias, como pensava a pedagogia da extensão rural. Comunicam-se nos dois sentidos, em diálogo, como ensina Paulo Freire no seu livro *Comunicação ou Extensão*, escrito para os agrônomos do Chile. Os agentes conversam com as famílias para encontrarem em conjunto soluções para os seus problemas de saúde mais comuns. Não levam as crianças para a vacinação por imposição legal, como à época de Osvaldo Cruz. Mostram pacientemente as vantagens de cada uma das vacinas e como é a sua aplicação. Facilitam o acesso à imunização trazendo a vacinadora para a própria comunidade.

A primeira publicação do Ministério da Saúde para o programa dos agentes enfatizou a relação desse profissional com a sua comunidade, como escreveu a Presidente da Fundação Nacional de Saúde, a Enfermeira Isabel Cristina A. Stéfano, na apresentação do *Manual do Agente Comunitário de Saúde nº 1*, em 1991, transcrita a seguir:

Agentes Comunitários de Saúde

Ao estimular a formação dos Agentes Comunitários de Saúde, não se pretende que eles venham a substituir ou preencher o papel de outros profissionais de saúde que lutam no sentido de garantir uma melhor assistência à população.

Acredita-se que por serem pessoas do povo, não só se assemelham nas características e anseios deste povo, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades desta população.

***Em 1990 havia 3.433 agentes.  
Em 1994, totalizaram 7.818. E  
neste momento, somam-se  
10.500 agentes espalhados  
pelos 184 municípios do Estado.***

Acredito que os Agentes são a mola propulsora para a consolidação do Sistema Único de Saúde, a organização das comunidades e a prática regionalizada e hierarquizada de assistência, na estruturação dos distritos sanitários.

Ser agente de saúde é ser povo, é ser comunidade, é viver dia a dia a vida daquela comunidade.

É passar pela rua, pela favela, pelo barraco e sentir que o seu povo necessita do seu trabalho e com o seu trabalho, ela pode ajudar a viver melhor...

É saber contar nos dedos que o Joãozinho, a Mariazinha ou a Luíza, já tomaram vacina contra sarampo, o crupe e a paralisia.

É que Rita ficou prenha e já faz exame de pré-natal no posto de saúde...

É saber que a Cristina ganhou um lindo menino e é importante orientá-la pacientemente, que precisa dar só leite do peito até o 6º mês...

É conhecer todas as famílias e sentir em todas elas a sua família.

É sentir que os filhos de todas as mães são um pouco seus filhos...

É ser o elo de ligação entre as necessidades da saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida.

É ser a ponte entre a população e os profissionais e serviços de saúde.

***Praticamente desapareceu o parto desassistido na zona rural. As mães voltaram a amamentar seus filhos e os sinos diminuíram o toque que anunciava “a viagem de um anjinho para o céu”.***

## *A mortalidade infantil deixou de ser uma estatística fria da epidemiologia e passou a ser um instrumento de avaliação mensal do serviço de saúde.*

O Agente Comunitário é o mensageiro de saúde de sua comunidade.

Os manuais do Ministério da Saúde, explicando o trabalho do agente comunitário de saúde, e a coleção de fitas de vídeo *Agentes em Ação*, também preparada pelo Ministério, mostram bem a vivência comunitária do agente. O Dr. Roberto Passos Nogueira estudou a vinculação do agente com sua comunidade, pouco comum entre os demais profissionais dos serviços de saúde ou do serviço público. As Dras. Joana Azevedo da Silva e Ana Sílvia Whitaker Dalmaso, que estudaram “o ser, o saber, e o fazer” dos agentes que participam do Projeto Qualis/PSF da cidade de São Paulo, também se aprofundaram na pesquisa daquela vinculação. A Dra. Fátima Souza, que viveu de perto a criação do PACS para o Nordeste, e sua extensão para todo o Brasil, analisa “o choque de povo” que os agentes trazem para o SUS.

Os agentes estabelecem uma comunicação solidária com as famílias, visitando-as casa a casa, e fortalecem seus laços de vizinhança ao mesmo tempo que ganham a confiança da equipe de saúde. Conseguem fazer parte do sistema de saúde sem perder a fidelidade à sua comunidade. Alguns pensadores consideravam impossível esta proeza, dado o caráter autoritário tanto do servidor público brasileiro como dos profissionais de saúde.

O vínculo do agente com o serviço de saúde não despertou tanto interesse dos pesquisadores quanto o seu vínculo com a comunidade. Permanecem muitas lacunas no entendimento da relação agente-sistema de saúde que precisam ser respondidas tais como “O que faz o agente manter-se fiel à sua comunidade, participando de um serviço fortemente hierarquizado?” e “ Como garantir esta fidelidade?”.

### **CRIATIVIDADE E AUTONOMIA EM LUGAR DE PROTOCOLOS RÍGIDOS**

A Professora Judith Tandler, que esteve algumas vezes no Nordeste por solicitação do Banco Mundial, e observou a falta de êxito de alguns

projetos de desenvolvimento, estudou com sua aluna do mestrado Sara Freedheim o desempenho dos agentes do Ceará. Encontraram os agentes satisfeitos com o seu trabalho, estimados pelas famílias a que serviam e alcançando resultados animadores. Presenciaram o agente de saúde ajudando na cozinha ou banhando uma criança enquanto conversava com a mãe. Descobriram no processo de trabalho do agente a mesma orientação teórica adotada recentemente pelas empresas que mais se destacaram no desempenho industrial e transformação do local de trabalho (DITLT). Uma orientação que reconhece que o trabalhador não deve seguir um protocolo rígido, nos moldes do modelo dominante por quase todo o século XX, na organização do trabalho das indústrias e dos serviços. Mas, ao contrário, que ele deve ser estimulado a desenvolver a sua inteligência para chegar aos objetivos, criando soluções novas no seu dia-a-dia.

A Profa. Tandler destacou que o processo de trabalho seguido pelos agentes contrariava os ensinamentos do Banco Mundial, que recomendava a obediência a protocolos nos países em desenvolvimento. O projeto dos agentes do Ceará era financiado pelo próprio Estado, como ainda hoje, e por isto não estava obrigado a seguir as normas do banco.

O IPLANCE (Fundação Instituto de Planejamento do Ceará) traduziu a dissertação da mestranda Freedheim<sup>11</sup> apresentada ao Instituto de Tecnologia de Massachusetts (MIT) em 1993. Freedheim preparou, em 1994, mais dois trabalhos<sup>12e13</sup> por solicitação do Banco Mundial tratando da expansão do programa para o Nordeste Brasileiro e da municipalização da saúde no Ceará. A Profa. Tandler publicou o resultado de suas pesquisas num livro editado

*Diante do sucesso dos agentes, o Ministério da Saúde criou, em 1991, o PACS para os Estados do Nordeste, recebendo a ajuda dos técnicos cearenses na formação das equipes coordenadoras do programa em todas as secretarias estaduais da região.*

pela *The John Hopkins University Press*, em 1997, traduzido no ano seguinte pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP).

O interesse maior da pesquisadora era entender como foi possível estruturar esse tipo de serviço inovador, voltado para o atendimento às pessoas mais pobres, e mais ainda, quais os segredos da sua continuidade. No mesmo livro ela analisa, com o rigor próprio da academia a que pertence, os resultados de suas observações sobre o projeto de geração de emprego de emergência naquele ano de 1987. São importantes as inovações nele adotadas, mudando completamente a forma tradicional. Mas nesse caso, o modelo não teve continuidade nas secas seguintes. Para completar o entendimento do processo seletivo dos primeiros agentes é importante a leitura desse documento.

## UM SERVIDOR PÚBLICO “SUI GENERIS”

O Estado do Ceará e o Ministério da Saúde decidiram que o agente comunitário de saúde seja remunerado pelo seu trabalho. A pobreza da população e a quantidade de trabalho a realizar dificultaria o voluntariado. A rede para mobilizar e acompanhar os voluntários por toda a extensão do território seria bem mais dispendiosa do que o custo dos atuais agentes. Entretanto, ficou sem solução e assim permanece o enquadramento legal da contratação desse servidor “sui generis”, como afirma o Dr. Nogueira. O concurso que dá acesso ao serviço público mede essencialmente os conhecimentos acumulados. A burocracia estatal brasileira não desenvolveu uma forma para selecionar um servidor com as qualidades essenciais do agente - conhecimento de sua comunidade; facilidade de comunicação; auto-estima elevada; solidariedade; disposição de enfrentar novos desafios e desempenho no trabalho de grupo. As empresas com melhor padrão de qualidade profissional adotam formas de recrutamento bem diferentes do concurso público tradicional. Há de se encontrar uma forma de seleção dos agentes que preserve a qualidade do programa e obedeça à letra da lei.

Foi justamente o cuidado em observar essas qualidades especiais dos agentes aliado à transparência do processo de contratação que permitiram ao Ceará selecionar milhares de novos funcionários com muita eficácia. A equipe coordenadora do programa dos agentes no Estado executava a seleção dos profissionais diretamente em cada um dos municípios, seguindo um sistema bem definido por ela criado.

Neste sistema utilizava-se, em média, vinte minutos numa entrevista individual e quarenta minutos num trabalho de grupo com dez a vinte candidatos previamente entrevistados. Durante o trabalho, enquanto um técnico estimulava o grupo, outro observava o comportamento de cada candidato. Atualmente é utilizada uma

avaliação escrita como primeira etapa, o que antes só era possível nas áreas urbanas devido a baixa escolaridade na zona rural.

Nos municípios menores as três etapas eram concluídas no mesmo dia, divulgando-se imediatamente o nome dos classificados para cada uma das vagas. Evitava-se qualquer interferência local no processo, garantindo a credibilidade da seleção e do programa. Nas cidades maiores o concurso poderia ser

*Esta relação especial com a comunidade e com o serviço de saúde é a característica primeira dos ACS em todas as regiões do*

*Os agentes conversam com as famílias para encontrarem em conjunto soluções para os seus problemas de saúde mais*

realizado em dois dias, com a possibilidade de contar com o auxílio de instrutores/supervisores de outras regiões.

Os conhecimentos e habilidades tornam-se cada vez mais importantes para o bom desempenho dos agentes e, enquanto se encontra uma solução para o seu acesso legal ao serviço público, pode-se qualificá-lo melhor, o que certamente facilitará sua seleção. A ampla escolarização iniciada em 1998 é um bom exemplo do que pode ser feito.

A humanização dos serviços de saúde é uma das demandas mais importantes dos cidadãos, como demonstra o plano do atual governo do Estado. A OMS apontou, no seu relatório do ano 2000, que as maiores deficiências do Sistema de Saúde Brasileiro não estão no financiamento, embora se deva melhorar neste aspecto, mas na qualidade do trabalho dos profissionais. Conseqüentemente, conservar o que há de bom nos agentes deverá ser um objetivo do SUS, principalmente ao se verificar uma outra publicação da OMS, na qual o Brasil é utilizado como exemplo de desigualdade em saúde.

## CLAREZA NOS OBJETIVOS DO TRABALHO E AVALIAÇÃO PERMANENTE DOS RESULTADOS

No desenvolvimento de suas atividades, os ACS são colocados diante



de objetivos muito específicos, de fácil entendimento e que podem ser medidos sem dificuldades, além de socialmente bem aceitos. Eles devem, por exemplo: encontrar todas as gestantes para trazê-las ao pré-natal; conseguir que as crianças mantenham-se no aleitamento materno exclusivo até quatro meses; e fazer com que seja cumprido o calendário completo de vacinação infantil. Os agentes são desafiados instigando-se sua inteligência. O diálogo com o seu supervisor é estimulado pelo objetivo comum, tornando a relação entre eles mais horizontal.

A compreensão das metas como importantes para a comunidade e não como imposições hierárquicas do supervisor faz os agentes aderirem a elas com entusiasmo. A simplificação dos objetivos e metas permite que os resultados sejam permanentemente avaliados pelo agente, pelo supervisor e pelos secretários municipais e estadual de saúde. Evita-se a obrigação do protocolo, criando-se a liberdade no processo de trabalho, estimulando-se a todos para que se busquem formas inovadoras de mais sucesso. Os desafios com objetivos comuns a todos que compõem a equipe, do agente ao secretário e ao prefeito, ajudam a humanizar as relações.

A Profa. Tandler identificou o papel do Estado como estimulador destas relações ao vê-lo valorizar os municípios que progrediam, mostrar para a população o papel dos agentes e reforçar através dos meios de comunicação a importância daquelas ações para o desenvolvimento social. Ao mesmo tempo em que prestigiava os agentes, técnicos e autoridades que mais se destacavam, o Estado desenvolvia na sociedade a consciência do seu direito àqueles serviços de saúde. Acumulava-se um valioso capital social.

Um dos instrumentos eficazes para esse desenvolvimento social é a avaliação mensal de cada agente de saúde, equipe, município e de todo o Estado. Os serviços de saúde brasileiros não têm uma prática corrente de avaliação. A saúde é um produto especial e seus serviços são de natureza especialmente complexa, o que dificulta a mensuração de sua qualidade. A experiência internacional mostra a importância dessa medida para o desenvolvimento. A Suécia foi campeã mundial no controle da mortalidade infantil por décadas, e um dos fatores do seu sucesso foi o precoce sistema de avaliação de resultados. Há 280 anos os suecos contam quantas crianças nascem e morrem a cada ano. Hoje, alguns países disputam acirradamente

esse troféu ano a ano, e o que os identifica é o acompanhamento precoce e cuidadoso de suas crianças.

## SAÚDE: NOVAS CONQUISTAS, NOVOS DESAFIOS

A diminuição das doenças e óbitos das crianças, dos jovens, das mulheres na fase reprodutiva e de todos os adultos mudou o quadro de preocupações do sistema de saúde. As crianças, que lotavam os hospitais cearenses devido as infecções e a desnutrição, cederam muitos leitos aos idosos. A hipertensão, o diabete, as neoplasias e a violência - inclusive do trânsito passaram a sobressair como causas de grande número das internações. A eficácia terapêutica possibilitou que muitas doenças que exigiam tratamento hospitalar pudessem ser acompanhadas no ambulatório, permanecendo o paciente na companhia de seus familiares.

As descobertas da epidemiologia, que evidenciaram o cigarro como uma das causas importantes do câncer, deram início a um grande desenvolvimento das pesquisas dedicadas às relações entre o estilo de vida e a saúde. Após essas descobertas seguiram-se estudos que acompanharam grupos de pessoas por muitos anos para observar a influência da alimentação, da atividade física e do "estresse" na saúde, assim como para acompanhar a evolução da hipertensão e das degenerações das artérias. O conteúdo de fibras na alimentação, os exercícios para aumentar a densidade óssea<sup>18</sup> e prevenir a obesidade, a relação entre o trabalho, o lazer e a auto-estima passaram a ser identificados como fatores decisivos para a saúde dos que vivem mais.

A promoção da saúde - participação das pessoas, famílias e das próprias comunidades na construção de sua saúde - ganhou espaço na vida social. Os avanços da democracia, da educação e das comunicações reforçam essas possibilidades. A defesa de Ivan Ilitch pela autonomia da decisão individual na saúde ganhou novos contornos.

Os ACS ganharam a confiança das famílias, dos serviços de saúde e das demais instituições da sociedade, conquistando o seu reconhecimento profissional. Escolarizaram-se como as crianças e adolescentes de todo o Ceará demonstrando a capacidade e o interesse em aprender mais. Diante do novo quadro da saúde em transformações rápidas todas as profissões são chamadas a atualizarem-se. Os agentes, como categoria profissional adolescente - completam 17 anos-, mostram as mudanças mais profundas e merecem uma atenção especial. Apresentam grandes possibilidades e poderão prestar inestimáveis serviços à humanização dos serviços de saúde

*Os agentes estabelecem uma comunicação solidária com as famílias, visitando-as casa a casa, e fortalecem seus laços de vizinhança ao mesmo tempo que ganham a confiança da equipe de saúde.*

ao alicerçarem uma nova relação entre estes e a sociedade a que pertencem. A experiência iniciada em Sobral-CE com a maior valorização dos agentes e o enriquecimento da equipe do PSF com assistentes sociais, psicólogos, educadores físicos, comunicadores e outros profissionais aponta para caminhos alvissareiros.

## BIBLIOGRAFIA

SANTANA, J.F.N. Paranaguá. **Estudo sobre atenção à saúde infantil no Projeto Planaltina**. (Dissertação de Mestrado) Curso de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília, Brasília, 1980.

PROGRAMA INTEGRADO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DE PLANALTINA-DF “**Manual do Auxiliar de Saúde**”. 1- Aspectos sociais”. Brasília, 1976.

PROGRAMA INTEGRADO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DE PLANALTINA-DF “**Treinamento do Auxiliar de Saúde**”. 1 - Aspectos Sociais”. Brasília, 1976.

CAVALCANTE e SILVA, Anamaria. **Viva Criança**: Os Caminhos da Sobrevivência Infantil no Ceará. Ed. Fundação Demócrito Rocha, Fortaleza, 1999.

MYNAIO, M.C.S., DELIA, J.C., & SVITONE, E. **Programa Agentes de Saúde do Cear**”. UNICEF, Fortaleza, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. “**Manual do Agente Comunitário de Saúde nº 1**”. Brasília, 1991.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. “**O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**”. Brasília, 2000.

NOGUEIRA, Roberto P. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: agente comunitário de saúde**. (Texto para discussão 735). 2000. Disponível em <URL:http://www.ipea.gov.br.

SILVA, J.A, & DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, fazer**”. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, Maria de Fátima. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo**. Ed. Hucitec, São Paulo, 2001.

FREEDHEIM, Sara B. **Por que menos sinos dobram no Ceará**: o sucesso de um programa com trabalhadores comunitários de saúde no Ceará, Brasil. 1993. Tradução preparada pelo IPLANCE, da Tese de Mestrado apresentada ao Department of Urban Studies and Planning, Massachusetts Institute of Technology, 1993.

\_\_\_\_\_. **Replicating a Successful Health Program Throughout Brazil**. Documento preparado para o LAIHR do Banco Mundial, 1994.

\_\_\_\_\_. **Toward Decentralized Health Care in Ceará, Brazil in Decentralization to Local Government in LAC** (Latin America and the Caribbean): Sourcebook on Policies and Practices That Work. Washington, D.C.: Latin America Technical Department, Banco Mundial, 1994.

TENDLER, Judith. “Bom Governo nos Trópicos: Uma visão Crítica”. Ed. Revan, Brasília, 1998.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la salud en el mundo**. Ginebra, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Systems Performance Assessment**”. Ginebra, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. SANTANA, JOSÉ PARANAGUÁ DE (org.). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília, 2000. 74p. p.51-57.

*A eficácia terapêutica possibilitou que muitas doenças que exigiam tratamento hospitalar pudessem ser acompanhadas no ambulatório, permanecendo o paciente na companhia de seus familiares.*

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Exercise interventions: defusing the world's osteoporosis time bomb**. Disponível em: <http://www.who.int/en/. Acesso em 23 dez. 2003.

NOGUEIRA, R.P. **A saúde pelo avesso**. Seminare Editora, Natal-RN, 2003.

