

IMPACTO PROVOCADO PELA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS AÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - O CASO DE SOBRAL/CE

Impact Caused through Family Health Program Implantation on Community Health Agents Actions – Case of Sobral - CE

Christianne Marie Aguiar Coelho

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Educação em Ciências para a Saúde. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Vale do Acaraú (UVA/Sobral). Coordenadora da Estratégia Saúde da Família de Sobral/CE.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Médico. Mestre em Saúde Pública. Doutorando em Saúde Coletiva. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC/Sobral/CE). Secretário de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral/CE. Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Sinopse

No município de Sobral/CE, o Programa Saúde da Família foi implantado em 1997, sendo que o Programa dos Agentes de Saúde existia desde 1992. Visando identificar o impacto provocado pela implantação do Programa Saúde da Família sobre as ações dos Agentes de Saúde, foi realizada uma investigação do tipo exploratória descritiva com abordagem qualitativa. As informações foram colhidas com base na técnica de grupo focal. Para analisar e sistematizar os dados, os autores basearam-se na análise de representações sociais. Foram reproduzidas partes significativas dos depoimentos, idéias centrais, expressões-chave e elaborados os seguintes Discursos do Sujeito Coletivo (DSC): sobre o ingresso dos Agentes de Saúde no Programa; sobre as principais ações e prioridades antes e depois da implantação do Programa Saúde da Família; sobre as maiores dificuldades enfrentadas antes e após a implantação do Programa Saúde da Família; sobre o nível de satisfação antes e após o Programa Saúde da Família; sobre as mudanças significativas ocorridas no trabalho dos Agentes de Saúde após a implantação do Programa Saúde da Família.

Palavras-chave:

Atenção primária à saúde; agente de saúde; programa saúde da família.

Abstract

In the municipal of Sobral-CE, although the Family Health Program - PSF was only implanted in 1997, there has been a Community Health Agents Program since 1992. Seeking to identify the impact caused by the Family Health Program implantation on Community Health Agents actions, a descriptive exploratory type investigation with qualitative approach was carried out. Information was collected based on group focus technique. To analyze and systemize data, the author based herself on social representation analysis. Significant excerpts of declarations, main ideas, keywords were reproduced which elaborated the following Collective Subject Discourses: On the entrance of Health Agents in the Program, on main actions and priorities before and after the Family Health Program implantation, on the satisfaction level before and after the Family Health Program, on significant changes which have taken place in the Health Agents work after the Family Health Program implantation.

Key words:

Primary care; health agent program; family health program.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as iniciativas de implantação de equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde acumularam um conjunto de experiências que vêm contribuindo para dar um salto de qualidade no processo de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

O Programa Agente de Saúde foi criado inicialmente como uma atividade isolada na área de atenção básica à saúde. Sua implantação ocorreu no estado do Ceará bem como no município de Sobral, antes da criação do Programa Saúde da Família.

Com a criação e implantação do Programa Saúde da Família, as ações destes dois programas passaram a ser complementares.

Segundo FREEDHEIM (1993) o Programa Agente de Saúde (PACS) no Ceará foi criado durante a organização do Programa do Governo Tasso Jereissati em 1987. Os idealizadores do Programa foram o médico Carlile Lavor e a assistente social Miria Lavor que possuíam experiências em Brasília (DF) e Jucás (CE), dando uma larga visão e comprovação da importância da participação comunitária na melhoria dos indicadores de saúde.

Segundo o Manual "Saúde para um Ceará Melhor" editado pelo Governo do Estado, o Programa foi implantado formalmente em 1988 pelo Decreto No. 19.945 de 02 de janeiro de 1988 em 45 municípios, depois da realização de experiências preliminares de cadastramento de mulheres para a tarefa de promoção de saúde, dando ênfase ao atendimento materno-infantil.

Em Sobral o Programa Agente de Saúde iniciou em 1992 com a contratação de 87 (oitenta e sete) Agentes de Saúde.

Para complementar o trabalho dos Agentes de Saúde, aproximar os Serviços de Saúde da população e atender ao princípio Constitucional do Estado de garantir ao cidadão o direito de receber atenção integral à saúde com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízos dos serviços assistenciais,

em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família.

A estratégia de Saúde da Família, iniciada com a incorporação de Agentes de Saúde às unidades básicas de saúde, contribui para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para a atenção básica pudessem ser executadas e assumidas de uma forma inovadora, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde. As Unidades Básicas de Saúde, reorganizadas de acordo com os princípios de Saúde da Família passaram a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Mais especificamente no caso de Sobral, segundo ANDRADE e MARTINS JUNIOR (1999), a partir de 1997, como forma de promover a organização dos serviços de saúde, foi adotado o Programa Saúde da Família como estratégia estruturante da organização da atenção primária. Foram implantadas inicialmente 31 equipes do Programa Saúde da Família, em 25 unidades básicas distribuídas em 23 áreas descentralizadas de saúde. Estas equipes contaram com um total de 205 Agentes Comunitários de Saúde, 31 médicos, 46 enfermeiros e 51 auxiliares de enfermagem, atingindo uma cobertura de 100% da área geográfica do município.

Atualmente o Município conta com 271 Agentes de Saúde distribuídos em 39 equipes do Programa Saúde da Família.

Como pode ser observado pelo relato da história dos Programas de Agente de Saúde e Saúde da Família, houve um intervalo de tempo em que os Agentes de Saúde atuaram isoladamente, antes da implantação da segunda estratégia. Julgou-se necessário e útil, no atual momento, realizar uma

O Programa Agente de Saúde foi criado inicialmente como uma atividade isolada na área de atenção básica à saúde. Sua implantação ocorreu no estado do Ceará bem como no município de Sobral, antes da criação do Programa Saúde da Família.

avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

CAMINHO METODOLÓGICO

Para a coleta de informações, foi utilizada a técnica de grupo focal e baseou-se no trabalho desenvolvido por LEFÈVRE e LEFÈVRE (1999), que apresentam um método de análise de representações sociais, visando a organização dos dados discursivos. De acordo com os autores, quatro figuras metodológicas são essenciais para clareza da representação social. São elas: a transcrição fiel de partes significativas dos depoimentos, as expressões-chave, a idéia central, e a construção do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC.

A amostra foi composta por 15 (quinze) agentes de saúde que trabalhavam antes da implantação do Programa Saúde da Família e que hoje estão inseridos nas equipes.

A construção do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC - foi realizada a partir da definição de cinco categorias que tornaram os depoimentos equivalentes e sistematizados. Para MINAYO (1996), as Categorias são empregadas para estabelecer Classificações. Neste sentido, trabalhar com Classificações significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito.

A Primeira Categoria foi construída para verificar uma parte do desenvolvimento histórico do Programa Agente de Saúde. Nesta categoria foi identificado o Discurso do Sujeito Coletivo sobre o ingresso dos Agentes no Programa Agente de Saúde.

Na Segunda Categoria foi identificado o Discurso do Sujeito Coletivo sobre as principais ações e prioridades no trabalho dos Agentes de Saúde. Esta Categoria foi dividida em duas Classificações: Discurso do Sujeito Coletivo sobre as principais ações e prioridades no trabalho dos Agentes de Saúde antes da implantação do Programa Saúde da Família e Discurso do Sujeito Coletivo sobre as principais ações e prioridades no trabalho dos Agentes de Saúde depois da implantação do Programa Saúde da Família.

A Terceira Categoria foi criada com o intuito de identificar as maiores dificuldades enfrentadas pelos Agentes de Saúde em seu trabalho. Aqui também, a Categoria foi dividida em duas Classificações: antes e depois da implantação do Programa Saúde da Família.

A Quarta Categoria visou a identificar o nível de satisfação pessoal dos Agentes de Saúde, novamente, a Categoria foi dividida em duas Classificações: antes e depois da implantação do Programa Saúde da Família.

A Quinta e última Categoria foi elaborada para identificar as mudanças significativas ocorridas no trabalho dos Agentes de Saúde de Sobral-CE, após a implantação do Programa Saúde da Família.

A construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi realizada a partir da definição de cinco categorias que tornaram os depoimentos equivalentes e sistematizados.

Finalmente, após identificados e consolidados os Discursos do Sujeito Coletivo de todas as Categorias e Classificações acima relacionadas, foi elaborado um discurso síntese de forma conclusiva que transporta o leitor ao convencimento do alcance dos objetivos deste trabalho.

RESULTADOS

Avaliar mudanças de comportamento, prioridades, crenças, satisfação, dificuldades e atitudes de um determinado grupo social é tarefa complexa e de difícil execução. Faz-se necessário que todas as informações e idéias sejam acolhidas, estar sensível às atitudes e reações e procurar ver além daquilo que os olhos podem ver.

Em Sobral o Programa Agente de Saúde iniciou em 1992 com a contratação de 87 Agentes de Saúde.

A estratégia de Saúde da Família, iniciada com a incorporação de Agentes de Saúde às unidades básicas de saúde, contribui para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para a atenção básica pudessem ser executadas e assumidas de uma forma inovadora, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde.

Os resultados deste estudo evidenciaram que, com a implantação da estratégia do Programa Saúde da Família, aconteceu no Município de Sobral-CE, uma nova dinâmica de estruturação dos serviços de saúde, bem como sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. O Município passou a prestar assistência universal, integral equânime, contínua e acima de tudo, resolutiva e humanizada, buscando a integralidade da assistência e a criação de vínculo de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a clientela adscrita em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados através de ações intersetoriais, sendo o Agente de Saúde o principal sujeito desse processo pôr ser o elo de ligação entre o sistema de saúde e a comunidade.

A partir da apresentação do conjunto do trabalho, da identificação e síntese dos principais resultados destacando os pontos mais relevantes para a análise do impacto provocado pela implantação do programa saúde da família sobre as ações dos agentes de saúde no município de Sobral - CE.

CONSOLIDAÇÃO DO DSC SOBRE O INGRESSO NO PROGRAMA AGENTE DE SAÚDE.

“Trabalhávamos como ‘Agente da Seca’, ‘Agente de Saúde Escolar’ ou desenvolvíamos algum tipo de atividade voluntária, de alcance social e comunitário, ligada a alguma ONG como Pastoral da Criança, Sindicato de Trabalhadores Rurais ou outras. Participamos de todo o processo seletivo: inscrição, seleção através de provas e entrevistas e treinamento, ocorridos entre 1988 e 1994.”

O Grupo Focal foi quase unânime em dizer que desempenhava uma função similar ao do Agente. Em alguns casos, essas funções eram relacionadas à saúde, como o trabalho no combate a desnutrição e mortalidade infantil da Pastoral da Criança ou desenvolviam algum tipo de atividade comunitária, como os movimentos da Igreja, Escolas, Sindicatos e Associações Cívicas voluntárias e informais, relacionada a discussão de problemas comuns.

CONSOLIDAÇÃO DO DSC SOBRE AS PRINCIPAIS AÇÕES E PRIORIDADES NO TRABALHO DOS AGENTES DE SAÚDE ANTES

DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

“As atividades prioritárias estavam relacionadas com a criança e com a gestante. Com relação à criança se dava maior importância às crianças com idade entre 0 e 2 anos e as principais atividades eram: pesar a criança *in loco*, anotar o peso das crianças no cartão, acompanhar o desenvolvimento da criança, orientar sobre amamentação, imunização, alimentação e nutrição (usávamos muito a multimistura) diarreia (fazíamos a reidratação com sais de reidratação oral ou soro caseiro), IRA e higiene pessoal (a gente cortava as unhas, cortava cabelo, ensinava como fazer o tratamento de piolho). Com a gestante fazíamos todo o acompanhamento pré-natal. Dentre outras atividades que eram desenvolvidas podemos elencar: Orientávamos também os diabéticos e hipertensos, fazíamos curativos e acompanhávamos pós-operatório.”

Analisando-se os depoimentos e o DSC sobre as ações e prioridades no trabalho dos Agentes de Saúde antes da implantação do PSF em Sobral-CE, observa-se que outras ações foram se incorporando ao rol de atividades desenvolvidas pelos Agentes de Saúde à medida que foram surgindo necessidades na comunidade e que os Instrutores /Supervisores iam capacitando os Agentes de Saúde e estes desenvolviam habilidades pessoais que lhes permitia ser treinados para o desempenho destas novas atividades.

CONSOLIDAÇÃO DO DSC SOBRE AS PRINCIPAIS AÇÕES E PRIORIDADES NO TRABALHO DOS AGENTES DE SAÚDE DEPOIS DA IMPLANTAÇÃO DO PSF

“Fazemos visitas domiciliares. Acompanhamos as crianças, em especial as com idade entre 0 a 2 anos observando os aspectos relacionados com alimentação, nutrição, peso, crescimento, desenvolvimento, IRA, higiene, diarreias, reidratação (usando inclusive soro caseiro) e vacinas. Com relação às gestantes, realizamos todo o acompanhamento pré-natal, orientando-as sobre amamentação, higiene. Agora também trabalhamos com idosos, mulheres, doentes mentais, hipertensos, tuberculosos, diabéticos, pessoas com hanseníase, DST/AIDS. Trabalhamos também no controle de endemias. Promovemos reuniões educativas na comunidade inclusive com acompanhamento de

médico, enfermeiro e outros profissionais, realizamos terapia comunitária e massoterapia, mutirões, gincanas, teatro e passeatas. Participamos das reuniões das rodas, dos Conselhos e da Associação. Fazemos o preenchimento de mapas, atualizações de cadastros das famílias e notificações. Realizamos trabalhos específicos em parceria com outras secretarias ou instituições.”

Pelos depoimentos da maioria dos membros do Grupo Focal, percebe-se que as ações e o nível de compromisso e comprometimento dos Agentes de Saúde aumentaram e que, ao mesmo tempo, houve uma grande valorização do profissional lhes foi repassado maior poder de resolubilidade. Outro aspecto que chama atenção é o fato de que no trabalho do Agente de Saúde em Sobral-CE, não há mais grupos nem ações prioritárias, atualmente, se o trabalho se baseia na percepção integral do ser humano, articulando as ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças com base no conceito de saúde como qualidade de vida.

CONSOLIDAÇÃO DO DSC SOBRE AS MAIORES DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS AGENTES DE SAÚDE EM SEU TRABALHO ANTES DA IMPLANTAÇÃO DO PSF

“As áreas a serem cobertas eram muito grandes. As mães não tinham a cultura de vacinar regularmente os seus filhos nem de amamentar. Outros aspectos difíceis de se trabalhar antes da implantação do Programa Saúde da Família se relacionavam com o acolhimento, encaminhamento, acompanhamento de pacientes acamados, pois, faltava material e medicamento, não se contava com apoio de veículo nem de ambulância e principalmente não contava com um Médico na área. Não tínhamos nenhum apoio do Prefeito, nem do Secretário. Nós não tínhamos valor! Nós éramos desrespeitadas na Santa Casa, quando levávamos pacientes para lá ainda tínhamos que esperar naquelas filas enormes. Nossos problemas só eram discutidos uma vez por mês com a Supervisora.”

Dentre as dificuldades relatadas podemos identificar que houve falta de vontade política em nível Municipal para resolver dificuldades operacionais e técnicas na prática dos Agentes de Saúde.

A sistemática de supervisão adotada era insuficiente, apenas quatro enfermeiras supervisoras para oitenta e sete Agentes de Saúde, isso dificultava o processo de acompanhamento, capacitação permanente e avaliação.

Faltavam recursos materiais (medicamentos, material de consumo e transporte, etc.); recursos humanos (médicos e outros profissionais para encaminhamento); havia descontinuidade de programas, não se valorizava a participação comunitária, faltava apoio das autoridades de saúde e a população era pouco orientada a cuidar de sua própria saúde, a atenção era concentrada no indivíduo e no doente, portanto a atenção básica era desvalorizada enquanto que o modelo hospitalocêntrico era dominante e excludente, inclusive com relação ao trabalho e participação do Agente de Saúde.

CONSOLIDAÇÃO DO DSC SOBRE AS MAIORES DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS AGENTES DE SAÚDE EM SEU TRABALHO DEPOIS DA IMPLANTAÇÃO DO PSF

“As nossas maiores dificuldades podem ser assim relacionadas: a grande quantidade de pessoas com hipertensão e o fato de não termos autorização legal para usarmos aparelhos para verificar pressão. A dificuldade financeira das pessoas o que não lhes permite adquirir os recursos necessários para a promoção da saúde e, aliado a este fato, às vezes alguma autoridade da Saúde vai a uma emissora de rádio e apresenta facilidades que muitas vezes, no dia-a-dia, não correspondem com a realidade, isto dificulta nosso trabalho na relação com os pacientes. Outros aspectos difíceis: o fato de termos que trabalhar com doentes mentais especialmente quando as famílias não colaboram; o grande número de famílias para serem assistidas por cada Agente de Saúde; a exigência por parte de alguns supervisores, de uma quantidade mínima de visitas por dia (12 visitas) e a dificuldade para localizar ambulâncias nos sábados, domingos e feriados. Ainda podemos citar dentre as maiores dificuldades, a falta de um Posto de Saúde, em algumas áreas, que ofereça condições de trabalho, além disso, algumas vezes ainda faltam médicos e às vezes ocorre uma sobrecarga de trabalho em função de algumas atividades que poderiam ser resolvidas pelo próprio beneficiário, como por exemplo, apanhar na Unidade de Saúde o comprovante de marcação de consulta.”

As dificuldades colocadas foram bem mais qualificadas porque o perfil do Agente de Saúde mudou e a maioria dos problemas e das dificuldades técnicas e operacionais foram resolvidas. A queixa não é mais a falta de médico, mas o fato de algumas Unidade de Saúde funcionarem em imóveis

“Promovemos reuniões educativas na comunidade inclusive com acompanhamento de médico, enfermeiro e outros profissionais, realizamos terapia comunitária e massoterapia, mutirões, gincanas, teatro e passeatas. Participamos das reuniões das rodas, dos Conselhos e da Associação.”

“O trabalho e a profissão trazem prazer e realização, são muito gratificantes e estimulantes. A oportunidade de ajudar e ser ajudado, ser acompanhado, coordenado, supervisionado, cobrado, capacitado, reciclado, orientado, informado, apoiado... estamos ali para servir as pessoas, a comunidade nos ama e nós amamos a nossa comunidade, esta troca é o que nos movimenta... as dificuldades, os desafios, são os estímulos para o Agente de Saúde.”

impróprios para o uso, isso porque algumas Unidades foram construídas com o mais alto nível de qualidade.

A população também ficou mais exigente e alguns problemas antes quase imperceptíveis no Município ficaram mais evidentes: gravidez na adolescência, drogas, acidentes automobilísticos, aumento das doenças crônicas, surgimento e reaparecimento de alguns agravos e doenças. Com essa nova realidade houve a necessidade do Agente de Saúde ser capacitado para atuar em novas frentes, o que faz com que ele atribua que depois da implantação do PSF a grande dificuldade está relacionada à sobrecarga de trabalho.

CONSOLIDAÇÃO DO DSC SOBRE O NÍVEL DE SATISFAÇÃO PESSOAL DOS AGENTES DE SAÚDE ANTES DA IMPLANTAÇÃO DO PSF

“Era motivo de satisfação pessoal e profissional para nós, Agentes de Saúde, o fato de estarmos servindo à nossa própria comunidade e trabalhando salvando vidas; a chegada de novos programas, principalmente para os desnutridos, a atenção que nos era dispensada pelas Enfermeiras Supervisoras demonstrada inclusive através das ações de capacitação e por fim o recebimento de salários.”

Antes da implantação do PSF o nível de satisfação era diretamente relacionado ao sentimento de sua utilidade pela consciência de sua contribuição para minimizar as dificuldades que a população enfrentava, ao reconhecimento da população assistida, o amor pelo trabalho comunitário e o aprendizado.

CONSOLIDAÇÃO DO DSC SOBRE O NÍVEL DE SATISFAÇÃO PESSOAL DOS AGENTES DE SAÚDE DEPOIS DA IMPLANTAÇÃO DO PSF

“O trabalho e a profissão trazem prazer e realização, são muito gratificantes e estimulantes. A oportunidade de ajudar e ser ajudado, ser acompanhado, coordenado, supervisionado, cobrado, capacitado, reciclado, orientado, informado, apoiado... estamos ali para servir as pessoas, a comunidade nos ama e nós amamos a nossa comunidade, esta troca é o que nos movimenta... as dificuldades, os desafios, são os estímulos para o Agente de Saúde. Quem abraça essa causa, abraça porque realmente é um vencedor. O Agente de Saúde é realmente o verdadeiro animador comunitário. A auto-estima é bastante elevada na área, onde o Agente de

Saúde é sempre alguém importante e reconhecido... é uma troca de amor muito grande.”

O nível de satisfação do Agente de Saúde ficou mais elevado. Além do sentimento de servir e ser reconhecido pela comunidade, do aprendizado e do amor ao trabalho comunitário, o Agente de Saúde passou a se sentir apoiado, capacitado e reconhecido pelas autoridades, principalmente da área de saúde, pelos órgãos públicos, privados, conveniados e pelos demais segmentos da sociedade.

CONSOLIDAÇÃO DO DSC SOBRE AS MUDANÇAS SIGNIFICATIVAS OCORRIDAS NO TRABALHO DOS AGENTES DE SAÚDE APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PSF

“Algumas mudanças significativas ocorreram em nosso processo de trabalho: Atualmente temos uma equipe formada por médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, odontólogo, auxiliar de enfermagem, agente de saúde e outros profissionais, não estamos mais sozinhos, contamos com o apoio do Secretário e de nossa Coordenadora. O trabalho dos preceptores nos PSFs e a participação dos acadêmicos de enfermagem e medicina. O processo de capacitação para todos e a organização da comunidade em grupos diversos. A criação dos Conselhos Locais de Saúde. O respeito pelo cidadão, pelo usuário e o reconhecimento pelo nosso trabalho, além do apoio de todos os membros da equipe, da Coordenação e do Secretário. A Caderneta da Gestante também é uma mudança importante. Mudou também na questão do medicamento que, embora ainda falte, falta menos que antes. A organização da comunidade em grupos, a introdução de novos programas como diabéticos, hipertensos e outros. A avaliação dos casos que agora é feita diariamente. O trabalho em equipe, em conjunto com todos os

profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem, agente de saúde, etc. Consultas com especialistas marcadas pela Central de Marcação de Consultas. A visita domiciliar realizada pelo médico.”

Ao longo deste estudo procurou-se entender o IMPACTO PROVOCADO PELA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS AÇÕES DOS AGENTES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE, bem como as mudanças pôr que passou esse sujeito em específicos momentos históricos.

Algumas mudanças foram evidenciadas ao longo do estudo como significativas. Dentre elas podemos citar: o trabalho em equipe multiprofissional, o suporte técnico como a Caderneta da Gestante, a organização de grupos, a viabilização de medicamentos, transportes e outros insumos, o repasse de informações diariamente, a avaliação, o trabalho intersetorial e em parcerias, o apoio da Coordenação, o trabalho conjunto com preceptores e acadêmicos, o processo de capacitação contínuo, a organização da comunidade, a participação comunitária, o despertar para a consciência cidadã, o reconhecimento e valorização do trabalho do Agente de Saúde, o sistema de referência e contra-referência, o acolhimento, a visita domiciliar em equipe, a incorporação de ações alternativas de saúde, incorporação de novas atividades (DST/AIDS, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde mental, saúde bucal e saúde do trabalhador, sistema de informação atualizado e o reconhecimento de autoridades da saúde e da população são mudanças significativas que deram um salto de qualidade no trabalho do Agente de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos diferentes momentos da realização da pesquisa foi evidenciada a identidade do Agente, a partir de suas referências com relação à comunidade e Equipe de Saúde. Sendo a solidariedade, o aprendizado, a perspectiva de profissionalização, o sentir-se prestativo, o trabalho remunerado e o reconhecimento social as principais motivações para o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Em nossa observação subjetiva não foi evidenciado em momento algum da pesquisa uma correspondência exclusiva de seu perfil a um Agente de Comunidade antes da implantação do Programa Saúde da Família ou a um Agente Institucional após a implantação do Programa Saúde da Família. Para SILVA E DALMASO (2002) não existe o Agente Institucional e o Agente de Comunidade como o bom e o mau, o certo e o errado. Na realidade, essas categorias não são antagônicas ou excludentes, mas, sobretudo, elas aparecem como duas expressões indissociáveis e complementares de um mesmo sujeito, expressões, ao mesmo tempo da sua prática e de suas dimensões de transformação social, de compromisso de ética e de solidariedade.

Com a implantação do Programa Saúde da Família se tornou necessária uma maior inserção do Agente Comunitário de Saúde em Projetos intersetoriais e oportunidades sistemáticas de capacitação para fortalecer a sua referência com a comunidade e propiciar o desenvolvimento de competências para lidar com as questões relativas à saúde, a qualidade de vida, a cidadania e de adaptação da ação isolada do Agente de Saúde para ação interdisciplinar com participação social preconizadas pelo Programa Saúde da Família. Tendo clareza da necessidade do desenvolvimento de uma nova visão e de um novo exercício profissional, a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde tem buscado desenvolver uma série de atividades para atingir este objetivo, oferecendo várias possibilidades de capacitação para seus profissionais. Dentre estas merece destaque a Residência em Saúde da Família e o curso seqüencial para Agentes Comunitários de Saúde com duração de dois anos através de uma parceria entre a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde, Escola de Formação em Saúde da Família e Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Finalmente, observamos que as mudanças significativas na produção dos serviços de saúde aconteceram em Sobral-CE e que estas mudanças proporcionaram movimentos de grande impacto transformador nos modelos assistenciais, refletindo positivamente nos indicadores de saúde do município e nas ações do Agente de Saúde. Através dos Discursos do Sujeito Coletivo,

... não existe o Agente Institucional e o Agente de Comunidade como o bom e o mau, o certo e o errado. Na realidade, essas categorias não são antagônicas ou excludentes, mas, sobretudo, elas aparecem como duas expressões indissociáveis e complementares de um mesmo sujeito, expressões, ao mesmo tempo da sua prática e de suas dimensões de transformação social, de compromisso de ética e de solidariedade.

podemos evidenciar que houve um maior nível de satisfação dos Agentes de Saúde após a implantação do Programa Saúde da Família.

Mas, alguns aspectos que interferem negativamente no processo de trabalho do Agente de Saúde também foram evidenciados como a sobrecarga de trabalho; número excessivo de famílias; falta de medicamentos e equipes funcionando sem médicos.

Atualmente os Agentes de Saúde estão trabalhando em uma equipe interdisciplinar; estão recebendo maior apoio institucional; estão tendo oportunidade contínua de capacitação; estão sendo acompanhados e avaliados diariamente; estão trabalhando com a comunidade organizada em grupos (gestantes, idosos, caminhadas e outros); estão trabalhando com participação social; estão dispondo de elementos que dão suporte ao trabalho como a Caderneta da Mãe e da Criança; estão trabalhando com programas novos, sem que os existentes sofram descontinuidade; estão vendo os problemas de saúde da comunidade em sua maioria serem resolvidos na Unidade e quando não é possível, serem encaminhados para especialidades médicas através da Central de Marcação de Consultas e estão tendo oportunidades de fazer visitas domiciliares apoiadas por outros profissionais de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, F. M. O. **O programa saúde da família no Ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza: Expressão, 1988.
- ANDRADE, L.O.M e MARTINS JÚNIOR, T. Saúde da Família: construindo um novo modelo - A experiência de Sobral. **SANARE - Revista Sobralense de Políticas Públicas**, v.1, n.1, out/nov/dez/1999.
- BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em Educação**: uma introdução a teoria e aos métodos. Lisboa. Porto Editora, 1994.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Decreto N° 93.9333 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, V. 4, N.2, Supl. 1996.
- CEARÁ. Saúde para um Ceará melhor. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: **IOCE**, 1998.
- FREEDHEIM, S. B. **Porque menos sinos dobram no Ceará**: o sucesso de um programa de agentes comunitários de saúde no Ceará, Brasil. 1993. Dissertação (Mestrado) Massachusetts: ITM, 1993.
- GOYA, Neusa. O S.U.S. que funciona em municípios do Ceará. Fortaleza. **AMECE**. 1996.
- LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 4ed. São Paulo. Atlas, 1998.
- LEFÉVRE, F. e LEFÉVRE, A.M.C. Recuperando a fala do social. In: **Série monográfica. n.9**, USP, Faculdade de Saúde Pública, 1998.
- MAILHIOT, G. B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. São Paulo. Livraria Duas Cidades, 1981.
- MINAYO, M. C. **Teoria do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro/São Paulo. Hucitec/Abrasco, 1993.
- MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed.: São Paulo. Hucitec Abrasco, 1996.
- MORGAN, D. L. **Focus groups as qualitative research**. Londres. Sage Publications, 1988.
- NOGUEIRA, R. P., SILVA, F. B, RAMOS, Z. V. **O A Vinculação Institucional de um Trabalhador *Sui Generis*, o Agente Comunitário de Saúde**. Texto para Discussão Encaminhado para Publicação Fevereiro de 2000. IPEA.
- POLIT, D.F. e HUNGLER, B.P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. **3ª.ed. Artes Médicas**: Porto Alegre, 1995.
- REICHARDT C. S. e COOK T. D., 1979. **Beyond Qualitative Versus Quantitative Methods**, em Cook T. D. e Reichardt L.S. (orgs), Qualitative and Quantitative methods in Evaluation Research, Sage, London: 7-30.
- SILVA, A.C. **Viva Criança - Os caminhos da sobrevivência infantil no Ceará**. Fortaleza. Fundação Demócrito Rocha. 1990.
- SILVA, J. A DALMASO, A S.W, **Agente comunitário de saúde - o ser, o saber, o fazer**. Rio de janeiro: Fiocruz, 2002.
- SILVA, M. J. **Agente de Saúde**: Agentes de Mudança? E experiência do Ceará. Fortaleza: FCPC. 1997.
- SOUSA. M. F. **Agentes Comunitários de Saúde**: Choque de Povo. São Paulo - Hucitec, 2001.
- UNICEF. Programa de Agentes de Saúde do Ceará - Estudo de Caso, **Relatório por Minayo, C.** et al., Fortaleza, 1990.

... as mudanças significativas na produção dos serviços de saúde aconteceram em Sobral-CE e que estas mudanças proporcionaram movimentos de grande impacto transformador nos modelos assistenciais, refletindo positivamente nos indicadores de saúde do município e nas ações do Agente