



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Marques Ávila, Maria Marlene

Origem e evolução do programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 24, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 159-168

Universidade de Fortaleza

Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40819262011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

ORIGEM E EVOLUÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CEARÁ

Origin and evolution of the Community Health Agent Program in Ceará state

Perspectivas e controvérsias

RESUMO

Objetivo: Delinear a origem e evolução do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Ceará. **Síntese dos dados:** Uma revisão da literatura pertinente ao assunto e entrevistas com técnicos da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-Ce) e da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-Ce) foram as fontes dos dados coletados. Inicialmente, contextualizou-se o cenário sociopolítico em que se desenvolveu a atenção primária em saúde no estado, enfatizando-se a evolução dos indicadores socioeconômicos e de saúde infantil. A seguir, fez-se uma breve exposição do modelo assistencial em saúde e a partir daí, o enfoque no Programa de Agente Comunitários de Saúde, desde sua origem como um programa emergencial, sua integração à Estratégia Saúde da Família, as repercussões desta inserção no trabalho do agente comunitário e a necessidade de capacitação dos ACS. **Conclusão:** Uma reflexão sobre o processo de capacitação dos ACS foi apresentada, buscando dialogar com a formação necessária diante das novas necessidades de saúde da população e, sobretudo, fortalecer a atuação do ACS como mediador entre as famílias e a equipe de saúde no nível local.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To outline the origin and evolution of the work of Community Health Agents (ACS) in Ceará. **Data synthesis:** A review of the literature pertaining to the subject and interviews with technicians from Ceará State Health Secretariat (SESA-Ce) and from Ceará Public Health School (ESP-Ce) were the sources of the data collected. Initially, we discussed the social and political scenario in which primary health care developed in the state, emphasizing the evolution of socioeconomic indicators and infant health. Then, we did a brief exposure of health care model and from then on, we focused on the Community Health Agent Program, since its origin as an emergency program, its integration into the Family Health Strategy, the repercussions of this insertion in the work of the Community Health Agent and the need for training of ACS. **Conclusion:** A discussion on the process of training of ACS was presented seeking dialogue with the necessary training in face of new health needs of the population, and most of all, strengthening the role of ACS as a mediator between families and health professionals at local level.

Descriptors: Primary Health Care; Health Personnel; Health Education.

Maria Marlene Marques Ávila⁽¹⁾

1) Universidade Estadual do Ceará - UECE
- Fortaleza (CE) - Brasil

Recebido em: 09/09/2009
Revisado em: 26/05/2010
Aceito em: 11/06/2010

INTRODUÇÃO

A Constituição brasileira de 1988 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⁽¹⁾. Para a implementação do sistema, seria necessário um arcabouço legal, representado pelas leis complementares.

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 o funcionamento dos serviços e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, Estados e Municípios em relação às políticas de saúde, porém o início da implementação da descentralização, ou municipalização da saúde, só ocorreu em 1993, com a Norma Operacional Básica (NOB) 01/93 a qual se constituiu no arcabouço legal, até então praticamente inexistente, 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⁽¹⁾.

No entanto, é somente com a NOB/96 que se avança na reorganização do sistema, sendo uma consequência 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⁽²⁾.

Nesse modelo, o agente comunitário de saúde (ACS) desempenha um papel essencial como promotor de saúde. Entre as várias atribuições desse profissional, destaca-se, por sua característica de ação educativa, o papel de orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade onde mora⁽³⁾.

Contudo, o ACS, seja com essa ou outra denominação, já era um ator na saúde, particularmente no Brasil, desde 1943, pois o Ministério da Saúde, por meio da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública, formava auxiliares, visitantes sanitários, guardas da malária e auxiliares de saneamento, que realizavam ações de saúde nas áreas desassistidas⁽⁴⁾.

Entre o final da década de 1970 e o início dos anos 1980, com a disseminação das recomendações propostas no encontro de Alma-Ata, e a importância do nível local como espaço privilegiado para as ações primárias de saúde (APS), os países se depararam com a necessidade de buscar estratégias para esse nível de atenção em saúde. Em alguns

estados brasileiros, os ACS surgem como resposta a essa necessidade.

Especificamente no Ceará, a experiência com os ACS se destaca por ter sido o primeiro estado que institucionalizou o Programa de Agentes de Saúde (PAS), contribuindo para o desenho da proposta que viria a ser criada pelo Ministério da Saúde, com o nome de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Buscando seguir as diretrizes do SUS, a ESF emerge como modelo assistencial e forma de reorganizar a atenção em saúde no nível primário, daí a denominação atual mais apropriada de Estratégia Saúde da Família (ESF). Novamente o Ceará destaca-se como um dos pioneiros nessa implantação, em que muito desse pioneirismo deveu-se à interiorização da saúde no estado, possibilitada por meio do PAS. Os ACS passam a compor as equipes de PSF e são de grande importância na consolidação dessa nova proposta⁽⁵⁾. Tal fato tem suscitado um interesse crescente pelo tema, embora ainda seja uma categoria pouco estudada⁽⁶⁾.

A convivência com os ACS em uma recente pesquisa e a constatação de sua essencialidade nas ações realizadas pela ESF motivaram o presente estudo, que tem por objetivo resgatar a origem e a evolução da categoria no Ceará até o momento em que a mesma se depara com o início da capacitação técnica justificada pela transição epidemiológica e as novas necessidades de saúde da população.

SÍNTESE DOS DADOS

Métodos

O presente artigo é um recorte de um estudo mais amplo sobre a atuação dos ACS no primeiro ano de vida da criança, realizado num município cearense de médio porte, no período de 2004-2005, durante o qual a autora acompanhou um grupo de 15 ACS. Os subsídios para este recorte foram dados por uma ampla revisão da literatura voltada para os documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria do Estado do Ceará relacionados à categoria. Além da revisão bibliográfica, foram feitas entrevistas com técnicos da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, e da Escola de Saúde Pública, incluindo o idealizador do PAS no Estado; com a presidente da Federação de Agentes de Saúde do Estado do Ceará. Dado o contexto geral em que se inicia e se desenvolve o trabalho dos ACS, aspectos relacionados ao panorama da saúde no Brasil precisam ser evocados, porém sem a pretensão de se fazerem paralelos entre a experiência no Ceará e nos demais cenários nacionais, o que fugiria ao escopo do presente artigo.

O contexto sociopolítico em que se desenvolveu a APS no Ceará

O Ceará localiza-se na Região Nordeste do Brasil que, juntamente com o Norte brasileiro compõem as duas regiões com menores indicadores socioeconômicos do país.

Em 1986, sob o governo de Tasso Jereissati, inicia-se, no Ceará, o período que intitulo “Ciclo Jereissati”, que vai de 1987 a 2002, quando o estado 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).

O Ciclo Jereissati inaugurou um novo marco na administração pública no Ceará e imprimiu as características neoliberais de ajuste, controle de gastos, redução do Estado e abertura de mercado⁽⁷⁾.

Jereissati, em seu primeiro mandato, adotou o *slogan* “Governo das Mudanças”, e o discurso oficial propalava como objetivos investir na reconstrução da economia, acabar com a pobreza, a miséria e a fome, renovar o quadro político, com a introdução de novas lideranças, sobretudo oriundas do meio empresarial e da seara dos profissionais liberais com a adoção da ética empresarial na gestão pública e de critérios técnico-científicos na administração pública, o que se confrontava com a antiga prática do clientelismo e do favoritismo⁽⁷⁾.

No reordenamento 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⁽⁷⁾.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), observou-se uma tendência positiva, pois o Ceará foi apontado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) como o Estado brasileiro que mais aumentou esse índice entre os anos de 1991 e 2000⁽⁷⁾.

No entanto, essas medidas 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% dos municípios à época, atualmente são 184) viviam em estado de indigência. Desse contingente, 9,75% representados por crianças de 0 a 6 anos de idade⁽⁸⁾.

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, a capital do estado, 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⁽⁷⁾.

No setor saúde, o novo governo acatou as propostas de profissionais alinhadas com as diretrizes do movimento sanitário brasileiro. Ressalte-se que, nesse processo de mudanças, no setor saúde, o governo seguia o modelo recomendado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)⁽⁷⁾.

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⁽⁹⁾.

Consequentemente, 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 PAS, bem como o início da experiência com o PSF, no município de Quixadá⁽⁹⁾.

A construção do SUS no Ceará, a exemplo dos demais estados brasileiros que implementaram tais medidas em maior ou menor grau, conforme suas especificidades, passa pelas estratégias gerenciais da descentralização, hierarquização e regionalização e envolve os princípios da universalidade e equidade⁽¹⁰⁾.

Em relação à descentralização, todas as unidades de saúde do Estado nos municípios interioranos foram municipalizadas⁽¹¹⁾.

Na estrutura organizacional, o município é responsável pelas ações de saúde caracterizadas como cuidados de APS, cuja estratégia operacional no Brasil é a ESF, que, particularmente no caso do Ceará, como mencionado, teve como precursor o PAS, primeira estratégia de APS no Estado⁽¹¹⁾.

Segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves, 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⁽¹²⁾. Daí, portanto, a associação geralmente feita da APS a 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 resolutividade para atender as denominadas necessidades básicas de saúde, noção que agrega qualidade e alta complexidade nas ações assistenciais.

Contudo, foi com ações identificadas como de baixo custo, realizadas pelos ACS, 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.

Um aspecto a ressaltar, porque deu visibilidade internacional ao trabalho do ACS no Ceará, é o declínio da mortalidade infantil (MI), tendo a clareza de outros fatores relacionados ao seu declínio, dado que este ocorreu num contexto de melhorias em alguns indicadores sociais, como já referido, portanto as ações do PAS representaram mais um dos fatores no contexto geral a contribuir para a melhoria do indicador. Ademais, a redução dos indicadores de mortalidade infantil e materna eram requisitos para as negociações com o BID, portanto esta foi uma das principais metas do primeiro quadriênio do Ciclo Jereissati e 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 por esse feito⁽⁷⁾.

Houve maior evolução do indicador de MI no Ceará, comparativamente ao Brasil e Nordeste, no período compreendido entre a primeira e a segunda administração do Ciclo Jereissati. Entre 1986 e 1995, o índice de mortalidade infantil evoluiu de 107,1 para 52/1000 nascidos vivos (NV), enquanto no Nordeste observou-se uma evolução de 102,9 para 69/100NV e no Brasil a evolução do índice foi de 66,2 para 50/1000NV⁽⁹⁾.

No período, 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⁽¹³⁾, a primeira de uma série de quatro pesquisas transversais delineadas para serem representativas da população materno infantil do Ceará. Destas, a última foi realizada 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⁽¹⁴⁾. Conforme verificou-se por seus resultados, o maior impacto das medidas implementadas foi sem dúvida na taxa de MI, a qual, de 102‰ na primeira pesquisa em 1987, apresentou como média do estado 25‰ na quarta pesquisa em 2001^(14,15).

O documento denominado *A saúde no Ceará em grandes números*, publicado pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) em 2002, final do Ciclo Jereissati,

ressalta a estrutura pública de saúde voltada para a criança, formada por PAS, equipes do PSF, unidades básicas de saúde e hospitais de referência⁽¹⁶⁾.

Origem e evolução do PAS no Ceará

Entre 1979 e 1986, o embrião do que seria o trabalho dos ACS no Ceará já existia como uma experiência exitosa no município de Jucás-CE⁽¹⁷⁾.

Oficialmente, o trabalho com os ACS começa em 1987, quando a experiência de Jucás dissemina-se por todo o estado 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 ideia era garantir um salário mensal durante o período da seca, mas capazes de realizar o trabalho, conhecidas e respeitadas pela comunidade, independente da escolaridade⁽¹⁷⁾.

As ações constituíam-se na busca ativa das gestantes para fazer o pré-natal e encaminhá-las a uma maternidade, pois, na época, cerca de 30% dos nascimentos ocorriam em casa; no incentivo ao aleitamento materno; levar as crianças para se vacinarem 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⁽¹⁷⁾.

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 ajudarem 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⁽¹⁷⁾.

Em 1987, o Ceará estava passando por uma grande estiagem, período em que, historicamente, o segmento mais pobre da população enfrenta muitas adversidades, sendo a mais grave a fome. Tradicionalmente, o estado ajuda a população mais atingida “pagando” as pessoas para sobreviverem. Tasso Jereissati era contrário a ideia de simplesmente dar o dinheiro, achava que as pessoas tinham de trabalhar, ao invés de ganharem meio salário mínimo. Assim, a população receberia pelo trabalho realizado um salário, então os secretários de Estado tinham de conseguir trabalho para um grande contingente de pessoas⁽¹⁷⁾.

À época, o então secretário de saúde, Carlile Lavor relata que (comunicação pessoal, 13 de maio, 2005) propôs ao governador que a Secretaria de Saúde contratasse mulheres, o que foi uma inovação, pois nenhuma secretaria contratava mulher para a “frente de emergência”, então o governador determinou que se contratassem 6.000 mulheres, número necessário, de acordo com a Secretaria de Saúde para fazer o trabalho do agente de saúde em todo o Estado.

Dessa forma, implantado no Ceará com uma característica marcante, o trabalho dos ACS 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⁽¹⁷⁾.

Mas em que consistiu essa transformação? 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. Na frente de emergência, serviam 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⁽¹⁷⁾.

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 estratégia 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 ciclo Jereissati⁽¹⁷⁾.

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 que mais recebeu investimento. 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⁽¹⁷⁾.

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^(18,19). 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 em outros estados brasileiros, faltava-lhe a institucionalização e a universalização⁽¹⁷⁾.

A princípio, foram contratados 150 agentes e, gradualmente o PAS foi implantado em cada um dos municípios, e grande parte das mulheres que trabalharam na frente emergencial foram aproveitadas. Ao terminar o primeiro mandato de Jereissati, havia, no Ceará, 3.000 ACS e, no ano de 2005, de acordo com a Secretaria da Saúde do Estado, eram 11.624 em todo o estado⁽¹⁷⁾.

A Portaria nº 232/92, de 15 de maio de 1992, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 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 em que 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⁽¹⁹⁾.

Quanto ao processo de recrutamento e seleção, essa tarefa compete ao município, que segue as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), mas tem autoridade para adaptá-las às suas necessidades⁽²⁰⁾.

Em 1991, a ideia do PAS foi apresentada ao MS, 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. 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 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^(21,22).

Com a evolução da implantação do programa, este 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⁽²⁰⁾. 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⁽²¹⁾. Vale ressaltar que a implantação do PACS pelo MS foi também uma estratégia para responder às necessidades de serviço no primeiro nível de atenção, com prioridade para a cobertura ao grupo materno-infantil⁽²⁰⁾.

Conforme previsto, o PACS tem como objetivo geral melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde, por meio de informações e conhecimentos que contribuam para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde⁽¹⁹⁾.

Para tanto, o programa previa um processo de formação por meio da integração ensino-trabalho, recurso pedagógico que favorece melhor apreensão dos conteúdos programáticos. Além disso, também estabelecia uma série de atribuições, entre as quais se destaca a organização comunitária⁽²⁰⁾.

Em 1999, o governo federal, pelo Decreto nº 3.189, de 4 de outubro, fixou as diretrizes para o exercício da atividade do ACS, entre as quais se destaca o papel do agente como promotor de saúde por meio da ação educativa⁽²³⁾, sendo, nacionalmente, a profissão criada pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002⁽²⁴⁾.

A Transição PACS - Programa Saúde da Família

O PACS é considerado o antecessor do PSF, por suas características de enfoque nas relações comunidade/família/indivíduo, por ter sido um instrumento na reorganização da atenção básica, trabalhando por área de cobertura, ação preventiva, pela necessidade de um técnico de nível superior para coordenar e supervisionar as atividades e da unidade básica de referência como suporte das ações. Constitui, portanto, uma etapa transitória para o PSF⁽²⁾.

Como estratégia de APS, este programa era uma experiência já levada a termo com sucesso em outros países, e, no Brasil, em algumas experiências pontuais, em diversos estados⁽¹⁴⁾.

O PSF representa um eixo de estruturação da APS, a partir da organização do modelo de assistência⁽²⁵⁾. Na proposta do PSF, o enfoque da atenção se desloca do grupo materno infantil, foco do agente comunitário até então, e passa a ser a família e o meio em 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 corresponsabilidade 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 SUS⁽²⁶⁾.

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⁽²¹⁾. 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 como áreas de maior risco social. Tais municípios compunham o *Mapa da fome*, elaborado durante o governo Itamar Franco⁽²²⁾.

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⁽²²⁾.

O PSF é consequência do sucesso de práticas focalizadas dentro da política universal, e se constituiu em instrumento de reorganização da atenção primária, porque enfoca 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⁽²²⁾.

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⁽²⁷⁾. Sob esse aspecto, o PSF 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 outro autor⁽²⁸⁾, ao afirmar que, no Brasil,

o Programa de Saúde da Família é algo que está entre a proposta de um programa para pobres e a estruturação do nível de atenção primária, não se constituindo ainda em uma estratégia. Entre as dificuldades enfrentadas para implantação e implementação do PSF, destacam-se a estrutura centralizadora do Ministério da Saúde, a falta de recurso humano qualificado, as resistências corporativistas e a noção errada de que atenção primária é sinônimo de tecnologia simplificada⁽²²⁾.

Um possível reflexo das dificuldades dos profissionais para trabalhar sob essa nova ótica de atenção é a falta de clareza entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, pois o PSF significou mais uma mudança institucional do que um aprofundamento do vínculo profissional de saúde-família⁽²⁷⁾.

Observa-se 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 equipe de saúde da família, 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⁽¹⁷⁾.

A inserção dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família

Ao se inserirem na equipe de saúde da família, as práticas dos ACS sofrem a influência dessa inserção, como não poderia deixar de ocorrer. Ao ser implantado o PSF no Ceará, entre os ACS incorporados à equipe, havia aqueles que já atuavam há quase uma década, com relativa autonomia em suas ações⁽¹⁷⁾. Portanto, a incorporação ao PSF representa de certa forma uma perda de *status*: o ACS passa de fato a ser o elemento que facilita o contato entre a comunidade e o serviço de saúde, um mediador, um elo, como apontam alguns estudos^(17,29).

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 a saber: 1) a necessidade de quantificação dos procedimentos realizados, traduzidos na prática, como o ACS 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 ACS 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 da ESF, algumas das ações anteriormente realizadas exclusivamente pelos ACS, tais como o incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento, a vigilância à imunização, passam a ser desempenhadas, também, pelos demais profissionais. O que cabe quase exclusivamente ao agente é a visita domiciliar rotineira⁽¹⁷⁾.

Assim, apesar de se perceber como o membro mais importante na equipe de saúde da família, justamente por fazer o elo entre esta e a comunidade, e de ter essa importância reconhecida por outros profissionais da equipe, na prática, o ACS é o profissional mais fragilizado do PSF. Hierarquicamente está em posição inferior à dos profissionais de nível superior, submissão não explicitada em nenhum documento, porém inscrita na prática da equipe, marcada pela autoridade que, presumivelmente, os “doutores” adquirem com o conhecimento acadêmico e que muitos, a prática assim o demonstra, fazem questão de exercitar⁽¹⁷⁾.

Além disso, no período decorrido entre a experiência com o PAS e a inserção dos ACS na ESF, ocorreram algumas mudanças no cenário geral de saúde que precisam ser consideradas⁽¹⁷⁾.

A melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil no Ceará ocorria 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 crônicas degenerativas, o que, especialmente nas regiões mais pobres do país, constituiu-se num duplo desafio: continuava alta a prevalência de doenças relacionadas com indicadores socioeconômicos indicativos de pobreza, porém as causas de morbimortalidade característicos de sociedades mais desenvolvidas já apresentavam relevância para a saúde pública brasileira⁽¹⁶⁾.

Entre essas e outras causas de doença e óbito, destacavam-se as doenças do aparelho circulatório, a diabetes *mellitus* e a hipertensão, e integraram, de acordo com o preconizado pelo MS, as prioridades acompanhadas pelos ACS. Nesse contexto, os agentes passaram a lidar com outra realidade: supõe-se, agora, que ações de educação em saúde poderiam, por si sós surtir efeito de forma bem mais eficaz que na situação anterior, uma vez que muitos desses agravos podem ser prevenidos/controlados por meio de mudanças de comportamento no nível individual⁽¹⁶⁾.

Enquanto, no Brasil, se verificava essa transformação no perfil epidemiológico, no Ceará os indicadores de saúde materno-infantil atingiram um nível aceitável, concomitante a uma melhoria, embora modesta, de alguns indicadores sociais. Sobretudo, no setor saúde, as mudanças

foram mais sensíveis e creditadas, as 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 das condições de vida da população^(9,10,16).

Dessa forma, a ação dos ACS precisaria mudar, em decorrência da transformação no quadro inicial de sua intervenção. Nesse novo quadro, uma mudança possível e até lógica para a continuidade do sucesso de suas ações seria este profissional passar a ser efetivamente um educador em saúde, no sentido de facilitar o papel proativo da comunidade no encaminhamento de seus problemas, ou seja, ser um agente promotor de saúde.

No entanto, esse é um desafio que está posto para todos os profissionais do SUS, na medida em que o MS reconhece que, entre outras mudanças, é essencial investir na formação de profissionais de saúde adequados às necessidades do SUS⁽³⁰⁾.

Decorridos quase vinte anos entre o início do trabalho dos ACS no Ceará, o Estado depara-se com a necessidade de preparar o agente para enfrentar novos desafios.

Diante disto, a Escola de Saúde Pública do Ceará, de acordo com a diretriz do MS, de qualificação profissional básica para o agente de saúde e processo de educação permanente, e conforme o perfil profissional do ACS apresentado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, está empenhada na formação técnica dos ACS de todo o Estado, cujo objetivo é desenvolver neste profissional as competências necessárias para o desempenho desse novo papel que dele se espera^(30,31).

As diretrizes dessa formação foram elaboradas a partir da definição do papel a ser desempenhado pelo técnico ACS. Participaram da discussão para a definição do perfil desse trabalhador de saúde, competências, conhecimentos e habilidades, uma equipe formada por técnicos do MS, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, das Universidades, do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, das escolas Técnicas do SUS, dos Pólos de Capacitação do Programa Saúde da Família e dos representantes dos ACS. Além disso, a participação de outros segmentos sociais foi garantida por meio da submissão da proposta à consulta pública pela *internet*. Dessa forma, chegou-se ao documento final Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde⁽³¹⁾.

O Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) foi construído tendo como eixo a concepção

pedagógica da Educação Permanente e propõe uma formação profissional em nível técnico. É composto por três etapas formativas num total de 1800 horas, sendo 1200 horas de aulas teórico-práticas e 600 horas de estágio supervisionado, realizado na área de abrangência na qual o ACS desempenha suas atividades⁽³²⁾.

As temáticas da Etapa I são relativas à contextualização, aproximação e ao dimensionamento do problema, ao perfil social do ACS e ao seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS. Na Etapa II, estão as temáticas da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário. E, na Etapa III, a promoção da saúde e prevenção de doenças dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes⁽³²⁾.

No ano de 2006, cerca de 60% dos ACS no Ceará tinham concluído o ensino médio e 30% estavam na escola. Todos tiveram acesso à Etapa Formativa I, independente da escolarização; tiveram acesso à Etapa Formativa II, os concluintes da Etapa Formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental; tiveram acesso à Etapa Formativa III os concluintes das Etapas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio. Cumpridas essas etapas e exigências, o ACS estava apto a receber o diploma de Técnico Agente Comunitário de Saúde. A meta a ser cumprida era a qualificação de todos os agentes de saúde do Estado⁽³²⁾.

A Etapa Formativa I foi concluída em todo o estado, com aprovação de 10.472 ACS. A Etapa Formativa II realizou-se em 70 municípios; dela participaram 3.339 ACS, oriundos das zonas rural e urbana dos municípios de pequeno e médio porte, e somente da zona urbana dos municípios maiores⁽³³⁾.

No Ceará, a respeito da Etapa Formativa II, há duas particularidades: em primeiro lugar, priorizaram-se os municípios onde era mais urgente o combate à dengue, por ser esta prioridade no quadro de saúde pública do estado; em segundo, um módulo específico de alimentação e nutrição foi realizado como projeto piloto no município de Tauá, envolvendo 110 ACS, no intuito de atender a necessidade posta pelo MS de capacitá-los para desenvolver ações de promoção da segurança alimentar e nutricional. A expectativa é que esse projeto-piloto subsidie a proposta de inserção da temática como módulo específico do CTACS. Como se vê, o processo de capacitação permite variações, pois se desenvolve de acordo com as necessidades de saúde, num processo dinâmico⁽³⁴⁾.

No entanto, são muitas as dificuldades, algumas das quais relacionadas ao funcionamento da ESF, cuja prática dista da teoria, e longe estar de ser uma estratégia eficiente de atenção primária em saúde com o grau de resolutividade

que a porta de entrada do sistema requer. Seguindo o modelo dos profissionais de nível superior da ESF, a prática educativa do ACS se dá dentro do modelo verticalizado e normatizador, característico em regra das práticas educativas em saúde⁽²⁷⁾.

CONCLUSÕES

À guisa de fechamento dessas reflexões sobre a trajetória dos ACS no Estado do Ceará, cabe lembrar que o processo de capacitação dos ACS segue formas e caminhos diferentes nos demais estados brasileiros, bem como há diversidade de objetivos, flexibilidade necessária, haja vista a diversidade de contextos.

Ao ser inserido na equipe de saúde da família, o ACS se percebe com a necessidade de dominar conteúdos e práticas da área médica, conhecimento que será reforçado nos processos formativos em detrimento do conhecimento popular⁽³⁵⁾, ideia-força que norteou a idealização de um agente de saúde da e para a comunidade local.

As diretrizes postas pelo Referencial Curricular do CTACS favorecem a aquisição de conhecimentos que, de maneira geral, já compõem o *corpus* de conhecimentos dos demais profissionais da equipe de saúde da família, o que pode sinalizar para a descaracterização do ACS, o que não significa que seja desnecessária a formação, mas que esta deve ser mais fortalecida na dimensão social da comunidade, foco que, entre os profissionais da equipe de saúde da família, caracteriza o ACS.

Fontes financiadoras da pesquisa:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, no Programa de Qualificação Institucional UECE/UERJ.

Artigo extraído da Tese “O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama”, defendida no Programa de Doutorado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em setembro de 2006, 158p.

REFERÊNCIAS

1. Elias PE. 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.
2. Favoreto CAO. Programa de Saúde da Família no Brasil: do discurso e das práticas [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social; 2002.
3. Ministério da Saúde (BR). Saúde da família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002, Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
4. Bastos NC. Treinamento de pessoal de saúde pública: 23 anos de experiência da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública 1942-1965. Rio de Janeiro: Estado da Guanabara; 1996.
5. Lavor ACH, Lavor MC, Lavor IC. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. SANARE [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2010 Jun 3];5(1):121-8. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia/downloads/sanare/>.
6. Kluthcovsk ACGC, Takayanagui AMM. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. Rev Latinoam Enfermagem [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2010 Jun 1]; 14(6). Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a19.pdf.
7. Sampaio JLS. A fome e as duas faces do estado do Ceará [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.
8. Peliano AMTM, coordenador. O Mapa da fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1993. (Série Documentos de Política; n. 14).
9. Abu-El-Hai J. A mobilização do capital social no Brasil: o caso da reforma sanitária no Ceará. São Paulo: Anablume; 1999.
10. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (BR). Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do estado do Ceará. Fortaleza; 1998.
11. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (BR). Governador Ciro Gomes, 1998-2002, Plano estadual de combate à mortalidade infantil. Fortaleza; 2002.
12. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47.
13. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (BR). Pesquisa de saúde materno-infantil no Ceará. Fortaleza; 1987.
14. Silva AMC. Viva criança: os caminhos da sobrevivência infantil no Ceará. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha; 1999.

15. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (BR). IV Pesquisa de saúde materno-infantil no Ceará: relatório preliminar. Fortaleza; 2003.
 16. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (BR). A saúde no Ceará em grandes números: uma avaliação da situação de saúde e das ações implementadas pelo sistema público estadual: 1995-2002. Fortaleza; 2002.
 17. Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama [tese; acesso em 2010 Jun 13]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2006. Disponível em: <http://thesis.icict.fiocruz.br/php/index.php>.
 18. MCauliffe J. Análise crítica do Programa de Agentes de Saúde do Ceará: relatório final. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; 1994.
 19. Governo do Estado do Ceará (BR). 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. Fortaleza: Diário Oficial do Estado do Ceará, n°. 15.813, 1992 Mai 22, parte 1.
 20. Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional de Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; 1994.
 21. Sousa MF. Agentes comunitários de saúde: choque de povo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
 22. Viana ALD, Dal Poz MR. Reforma em saúde no Brasil: Programa Saúde da Família: informe final. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 166).
 23. Brasil. Decreto Federal n°. 3.189/99. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. Brasília; 1999.
 24. Brasil. Lei n. 10507. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília; 2002 Jul 10.
 25. Peliano AMTM. Programa de Saúde da Família. In: Seminário de experiências internacionais em saúde da família: relatório final. Brasília; 1999.
 26. Ministério da Saúde (BR). Brasil, Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
 27. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec/Uva; 2001.
 28. Mendes EV. O Sus e a atenção primária a saúde. Revista de Atenção Primária em Saúde [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2006 Mar 1]; 8(2). Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br>
 29. Bornstein VJ, Stotz EN. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. Trab Educ Saúde. 2008 Nov-2009 Fev; 6(3):457-80.
 30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília; 2003.
 31. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação. Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde: área profissional saúde. Brasília; 2004.
 32. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (BR), Escola de Saúde Pública. Curso Técnico de ACS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2005. (Guia do Curso, Série Atenção à Saúde).
 33. Ávila MMM, Oliveira LC, Sá MLB, Azevedo DV. Relatório final da pesquisa “Avaliação da formação técnica do agente comunitário de saúde no Ceará: Etapa I”. Fortaleza: Uece/Funcap/CNPq; 2006.
 34. Escola de Saúde Pública do Ceará. Qualificação em alimentação e nutrição dos agentes comunitários de saúde: manual do curso. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2010.
 35. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):1639-46.
- Endereço para correspondência:**
Maria Marlene Marques Ávila
Avenida dos Expedicionários, 3406/704-2
Bairro: Benfica
CEP: 60410-410 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: marlenemarquesavila@uol.com.br