

Ana Paula Portella
Taciana Gouveia

Políticas Sociais de Saúde: Uma Questão de Gênero?

O Caso das Agentes de
Saúde do Município de
Camaragibe/PE



Ana Paula Portella

Taciana Gouveia

Políticas Sociais de Saúde:

Uma Questão de Gênero?

**O Caso das Agentes de
Saúde do Município de
Camaragibe/PE**



CADERNOS

SOS CORPO

Políticas Sociais de Saúde: Uma Questão de Gênero?
O Caso das Agentes de Saúde do Município de Camaragibe/PE

Edição

SOS Corpo Gênero e Cidadania
Rua Real da Torre, 593 Madalena Recife PE
Tel: (DD) 81-445.2086 / Fax: (DD) 81-445.1905
e-mail: sos@soscorpo.org.br

Revisão

Carla Denise
Fátima Ferreira

Produção Executiva

Fátima Ferreira

Fotos da Capa

Angela Freitas e Gleide Selma

(Estas fotos foram tiradas de vários eventos e trabalhos que realizamos com mulheres e homens ao longo dos anos. A todas/os nosso agradecimento pela parceria e presença)

Projeto Gráfico

Fernando Vasconcelos

Editoração Eletrônica

Ute Feldmann

Impressão

GCL Gráfica Ltda.

Tiragem

300 exemplares

Apoio

Fundação MacArthur
EZE

Recife, dezembro de 1999

Índice

.....

	Apresentação	7
1	Gênero e Políticas Sociais no Brasil	9
2	O Programa de Agentes Comunitários de Saúde	31
3	Considerações Metodológicas	43
4	O Município de Camaragibe	47
5	O PACS e o PSF em Camaragibe	51
6	O Perfil das Agentes Comunitárias de Saúde em Camaragibe	55
7	A Vida e a (não) Profissão das Agentes Comunitárias de Saúde em Camaragibe	65
8	Pode-se Viver “Miseravelmente Bem”? O PACS e seus Impactos na Vida das Mulheres	77
	Referências Bibliográficas	93

Apresentação

.....

Este texto é o relatório final de uma pesquisa realizada pelo SOS CORPO, em 1995, junto às agentes comunitárias de saúde do município de Camaragibe/PE. Há 18 anos o SOS CORPO vem trabalhando com mulheres que são lideranças comunitárias, tanto nas áreas rurais quanto nas periferias urbanas, e sempre nos chamou a atenção a enorme capacidade de trabalho, a disponibilidade e a criatividade que estas mulheres investem na sua ação comunitária. Com seu trabalho “de formiga” — imerso no cotidiano, feito de pequenas tarefas e baseado nas relações pessoa a pessoa — estas mulheres promovem mudanças nas relações familiares, na comunidade, nas relações políticas com a administração municipal e em muitos casos, são elas que implantam políticas sociais no cotidiano. Demonstram interesse por tudo que lhes permita realizar um trabalho fora de casa e que traga benefícios para outras pessoas: organizam grupos de produção, são dirigentes de associações, atuam em grupos religiosos, clubes de mães, creches e são também agentes de saúde. Para nós, isto indica não apenas uma disposição real para contribuir na melhoria das condições de vida de sua comunidade, como também um enorme desejo de crescimento pessoal através da intervenção na esfera pública.

Esta situação não passou despercebida para os formuladores de política no Brasil. Esta imensa — e competente — força de trabalho disponível nas comunidades carentes tem sido chamada para se integrar às equipes que desenvolvem programas sociais para comunidades carentes. Especialmente no caso da saúde, as mulheres atenderam ao chamado e hoje formam a maior parte do contingente de agentes comunitários de saúde no país. Os programas sociais que se utilizam de sua força

de trabalho têm logrado obter resultados positivos no campo da saúde coletiva e sua importância tem sido constantemente reiterada por todos os atores envolvidos no debate sobre a reforma sanitária e o estado de bem-estar no Brasil.

No entanto, algumas questões nos inquietavam ao ver este pequeno “exército” de mulheres aplicando vacinas, pesando crianças, distribuindo preservativos, ensinando como se prevenir da dengue e do cólera: o que querem estas mulheres? Como compreendem o seu trabalho? Têm consciência da dimensão transformadora de suas ações? Conseguem perceber que é o seu trabalho que permite a implantação de importantes programas sociais no Brasil? Por isso, fomos ouvi-las e, nesta escuta, ouvimos mais do que queríamos, o que nos levou a avançar em algumas reflexões sobre gênero e políticas sociais no Brasil. São estas reflexões que apresentamos neste texto e, desde já, gostaríamos de dedicá-las às agentes comunitárias de saúde de Camaragibe e a todas as mulheres que, com seu trabalho comunitário, vêm possibilitando um cotidiano melhor para quem vive nas periferias urbanas.

Recife, dezembro de 1999.

Ana Paula Portella e Taciana Gouveia



Gênero e Políticas Sociais no Brasil

A análise que se segue pretende discutir a concepção e implantação de dois programas sociais de saúde pública — o Programa Agentes Comunitários de Saúde/PACS e o Programa Saúde da Família/PSF, do Ministério da Saúde — que têm como principal base da ação a utilização de agentes comunitários/as de saúde. Estes programas, principalmente o PACS, são exemplos da estratégia de focalização na implantação de políticas sociais, ou seja, tratam-se de programas especialmente voltados para uma determinada parcela da população, considerada mais vulnerável ou excluída que a totalidade da população beneficiária, neste caso, do sistema público de saúde. Ambos foram concebidos como estratégias de ampliação da cobertura do Sistema Único de Saúde/SUS em algumas ações específicas para aquelas populações que apresentam maiores dificuldades de acesso ao sistema: periferias urbanas e populações rurais do Norte e Nordeste. A caracterização de vulnerabilidade ou exclusão se dá através dos altos indicadores de pobreza presentes nestas áreas.

Interessa-nos aqui, mais do que discutir a estratégia específica de focalização, compreender de que modo, em programas desta natureza, se dão as inflexões entre a

eficácia na ampliação da cobertura e das ações e, portanto, do próprio sistema de proteção social e a consolidação da cidadania. Estamos considerando que sistemas de proteção social e, no limite, a instauração do Estado de Bem-Estar Social devem ser mecanismos de constituição e ampliação da cidadania para parcelas cada vez mais extensas da população. Nos interessa particularmente introduzir no debate a abordagem de gênero, compreendendo que a cidadania se constrói por e se destina a sujeitos sexuais que, portanto, estão socialmente inseridos de modo diverso e recebem também de modo diverso os impactos das ações governamentais. Em síntese, consideramos que as ações governamentais, assim como quando incidem sobre as relações de classe, podem ser mecanismos perpetuadores ou transformadores das desigualdades e subordinações de gênero. Nesta análise, iremos considerar a estruturação e a natureza do sistema de proteção social no Brasil, com ênfase nas políticas de saúde, a partir das referências conceituais e políticas do Estado de Bem-Estar Social, eixo a partir do qual tem se dado boa parte das discussões sobre políticas públicas e sociais.

O Estado de Bem-Estar Social envolve a responsabilidade estatal no sentido de garantir o bem-estar básico dos cidadãos e cidadãs, atuando através de sistemas compensatórios ou corretores das desigualdades operadas pelo mercado e sendo, neste sentido, ele mesmo um mecanismo que possibilita a desmercadorização das relações sociais (Esping-Andersen, 1991). Para T. H. Marshall, que formulou o conceito de direitos sociais como uma “terceira geração” de direitos lado a lado dos direitos civis e políticos, é a cidadania social que está na base do Estado de Bem-Estar Social. Este deve garantir o acesso a direitos sociais invioláveis, com status legal e prático de direitos de propriedade e não assegurados com base no desempenho dos cidadãos e cidadãs, mas na sua própria condição cidadã, como um modo de se alcançar a desmercadorização. Para Esping-Andersen (1991), o Estado de Bem-Estar Social não é apenas um mecanismo que intervém — e talvez corrija — a estrutura de desigualdade; é, em si mesmo, um sistema de estratificação. É uma força ativa no ordenamento das relações sociais, na medida em que realoca sócio-economicamente os indivíduos, promovendo a mobilidade. Os campos de intervenção do Estado de Bem-Estar Social têm sido a previdência social, a saúde, a educação, a habitação e, naturalmente, a assistência social.

Os Estados de Bem-Estar Social consolidaram-se na Europa neste século e configuraram-se como um modelo possível de construção de justiça social nas economias capitalistas. Sua constituição é resultado de contextos históricos específicos, através das demandas e proposições de uma classe trabalhadora forte e organizada que se dava a missão de formular um projeto de sociedade e, portanto, de Estado e governo. No entanto, os princípios que regem o Estado de Bem-Estar Social disseminaram-se para contextos diversos, com resultados também diversos. Os sistemas de proteção social são, talvez, os mecanismos mais disseminados e estão instituídos em muitos países capitalistas periféricos, entre eles, o Brasil. Veremos adiante uma síntese de como se estruturou a proteção social no Brasil.

De acordo com Esping-Andersen (1991), define-se um Estado como sendo de Bem-Estar Social quando a maioria de suas atividades rotineiras diárias estão voltadas para o bem-estar das famílias, quando o Estado assume a responsabilidade quando a família ou o mercado são insuficientes, seja limitando a sua prática a grupos sociais marginais e merecedores — e aí temos o modelo residual de Estado de Bem-Estar Social — seja quando sua ação destina-se a toda a população, é universalista, e personifica um compromisso institucionalizado com o bem-estar social — aqui temos o modelo institucional. O Estado de Bem-Estar Social, portanto, incorpora gradual e continuamente as demandas populares, configurando uma estrutura na qual todos têm o direito de serem protegidos contra situações de longa ou curta duração ou de serem promovidos e garantidos em níveis mínimos de qualidade de vida (Moraes, 1996;24). O processo de Reforma Sanitária no Brasil, que vem ocorrendo nos últimos 20 anos, pode exemplificar em certa medida esta dinâmica em que o Estado paulatinamente incorpora reivindicações de setores organizados da sociedade civil.

Assim como em outros países da América Latina, o Brasil constrói um sistema de proteção social — um conjunto articulado de ações públicas e privadas nas áreas da saúde, previdência e assistência social, educação básica e secundária e habitação popular — que, no início dos anos 80 já estava inteiramente consolidado (Draibe, 1993;6). No entanto, há divergências entre os autores que tratam desse tema sobre a mesma existência de um Estado de Bem-Estar Social no Brasil. Na década de 80,

este debate foi marcado pela tensão entre o reconhecimento do avanço da intervenção social do Estado, tanto em volume de gastos, quanto pela diversidade de programas sociais desenvolvidos, e pelo reconhecimento dos maus resultados da política social quando avaliada em termos de sua capacidade de reduzir as desigualdades, a miséria e a pobreza (Draibe, 1993; 22).

Para Draibe (1991), o Estado brasileiro, até os anos 80, seria de Bem-Estar Social, mas do tipo meritocrático-particularista ou conservador-corporativo e, por isso, diferencia-se dos tipos clássicos citados acima (residual e universalista). Este modelo tem como premissa o fato de que as pessoas devem estar em condições de resolver suas próprias necessidades, com base em seu trabalho e produtividade. A política social intervém apenas parcialmente, completando e corrigindo as ações alocativas do mercado e das instituições econômicas, vinculando ao emprego o acesso aos benefícios. É um sistema corporativo e estratificado, no qual tendem a coexistir distintos sistemas previsionais criados pelo Estado para diferentes categorias ocupacionais (Draibe, 1993; 8). Esta autora considera, no entanto, que no plano das características estruturais e morfológicas do Estado de Bem-Estar Social, as modificações constitucionais de 1988 projetam um deslocamento em direção ao modelo institucional-redistributivo, isto é, em direção a uma forma mais universalista e igualitária de organização da proteção social no país (Draibe, 1993; 23). O próprio SUS, como veremos a seguir, seria um exemplo deste deslocamento.

Arretche (1996) denomina de estatista-privatista o modelo brasileiro de proteção social, um modelo cuja lógica de organização e operação subordina-se ao processo de privatização do Estado que permeia o aparato estatal na atual etapa monopolista no mundo contemporâneo. Este processo subordina as condições de acesso a benefícios e serviços à dinâmica da acumulação privada, pela ausência de mecanismos políticos e institucionais de defesa de amplos segmentos da sociedade, frente não só ao mercado, como à utilização do aparelho de Estado em benefício de interesses particularistas (Possas, 1992; 189-190). Mesmo Draibe concorda com estas proposições, especialmente quando aplicada ao campo da saúde, onde o setor privado seria uma composição dentro do Estado e por ele alavancada. Esta parceria estatal-privatista criou uma resistente rede de interesses entre burocracias estatais e gran-

des empresas, capazes de sobrevalorizar preços, introduzir ineficiências no setor público e mesmo solapar as capacidades regulatórias do Estado (Draibe, 1993; 17-18).

Com base nesta mesma análise, Possas (1992) chama a atenção para a necessidade de distinguir entre “sistema de proteção social” e Estado de Bem-Estar Social, já que esta noção pressupõe uma base social e política que define, mesmo nas suas formas não universalistas (residual ou meritocrático-particularista), um padrão minimamente estruturado de relacionamento entre a sociedade e o Estado. Francisco de Oliveira (1995;27) avança nesta mesma linha, apontando como a maior consequência da década de 80 a absoluta incapacidade regulatória do Estado brasileiro com relação ao mercado que, com isso, terminou por desestruturar os movimentos sociais, possibilitando a emergência no país de uma onda conservadora sem precedentes. Não há dúvidas, contudo, com relação à estruturação dos sistemas de proteção no Brasil, entre os quais a saúde ocupa um lugar de destaque, regendo-se, pelo menos no plano formal, pelos princípios “clássicos” do Bem-Estar Social.

Se os direitos sociais têm o objetivo de regular relações de desigualdade criadas pelo mercado, seu caráter econômico é mais marcado que a própria denominação social, definível sobretudo pelo contraste com o significado individual de outros direitos, como, por exemplo, o de propriedade e o de proteção pública, como assinala Kuntz (1995;150). O mercado desenvolvido, nos marcos do capitalismo, é, portanto, um pressuposto para o estabelecimento dos direitos sociais, compreendidos como fatores decisivos para se igualar as condições no ponto de partida para toda a população. Com isso, os direitos sociais introduzem a dimensão da equidade no campo do direito, para além da liberdade e igualdade. Esping-Andersen (1991) assinala, no entanto, que a simples presença de um direito social não garante alternativas genuínas para que as pessoas possam manter-se sem depender do mercado. Isto é exemplar no caso brasileiro, onde a partir de 1988, foram acrescentados mais 30 artigos no capítulo sobre Direitos Sociais da Constituição e nem por isso há garantias de que estes direitos são extensivos às parcelas da população cujo “ponto de partida” foi e é mais desigual que os outros.

Aqui vale a pena recuperar a análise do caráter universalista da Previdência Social e da Saúde no Brasil, onde apesar da garantia de extensão dos direitos previdenciários e do direito à saúde para toda a população, independente de contribuição, o que se tem é um padrão de qualidade dos benefícios bastante insatisfatório, oferecendo muito pouco a muitos. Na medida que alguns grupos logram melhorar seus rendimentos ou alguma mobilidade social, há um deslocamento automático para o setor privado, criando um duplo sistema de proteção, baseado na idéia de categoria de cidadania: na primeira classe, os serviços privados qualificados e, na segunda classe, o serviço público de qualidade mínima. Com a crise do Estado brasileiro, divulga-se mesmo o discurso de que é não apenas aceitável, como desejável, que as classes médias e altas procurem a rede privada, como forma de garantir melhor atendimento e também “desafogar” a rede de saúde. A universalidade, assim construída, além de ineficaz, terminou por gerar o seu oposto, estratificando o acesso a benefícios e, conseqüentemente, operando sobre a própria estratificação social. Não há dúvida de que opera também aqui o caráter estatal-privatista das políticas sociais no Brasil.

A década de 80 é um marco na configuração dos projetos políticos sociais que organizarão a sociedade e o perfil do Estado brasileiro. Estes são os anos da redemocratização, com o fim da ditadura militar e o surgimento de novos sujeitos políticos e grupos de interesses. É também a “década perdida”, quando o modelo de desenvolvimento calcado no crescimento econômico e na produção de bens e serviços dá sinais de profundos desgastes. Mas a trajetória de construção das políticas sociais no Brasil remete-se ao final do século passado e início deste século, com as proposições da reforma higienista no campo da saúde pública. As primeiras legislações sobre o assunto datam dos anos 20 e durante a década seguinte as classes trabalhadoras urbanas são progressivamente incorporadas ao sistema de proteção, processo que é intermediado pelas burocracias sindicais, profundamente atreladas ao Estado. É aqui que começa a se configurar o perfil corporativo e particularista do sistema brasileiro de proteção social que resistirá intocado até a década de 60.

O modelo de desenvolvimento hegemônico até a década de 70 tinha como premissa básica a idéia de integracionismo, ou seja, fazer com que grupos sociais que se encontravam à margem do processo fossem neles incluídos. No entanto, a idéia de

integração estava ainda subordinada à lógica econômica, como afirma Ríos, “puesto el acento sobre los factores de la producción y la circulación de bienes y servicios, el desarrollo fue el marco de referencia en el qual se inscribieron los llamados componentes sectoriales de tipo social tales como la salud, la educación, la vivienda y los servicios públicos, entre otros. Dentro de este esquema las mencionadas políticas sectoriales de tipo social se subordinaron a los objetivos del crecimiento económico” (1993).

Draibe (1993), analisa que a despeito deste perfil excludente, os processos de industrialização e crescimento geraram, sim, progresso social e redução da pobreza absoluta no Brasil no período que vai de 1930 a 1980. As políticas sociais produziram efeitos positivos, como a organicidade do próprio sistema de proteção social, o fortalecimento da capacidade regulatória do Estado e a consecução de certos objetivos de equidade, como a universalização da cobertura e a diminuição de privilégios. Mas, no geral, a mobilidade social foi mínima, manteve-se a miséria absoluta para amplas parcelas da população, havendo pouca capacidade de reduzir as disparidades de oportunidades e o fosso que separa a minoria “protegida” e a maioria desprotegida. Nos anos 80, vivemos o paradoxo de ver minados pela crise os recursos disponíveis para o gasto social ao mesmo tempo que a democratização impulsionava os movimentos de reforma do sistema de proteção. Os temas sociais ganharam centralidade na agenda política de reformas democráticas e a reestruturação do sistema de políticas sociais constituiu parte integrante do núcleo das propostas de reorganização das formas de intervenção e regulação do Estado brasileiro. É neste contexto que se organizam os movimentos sociais do campo da saúde e que toma fôlego o movimento pela Reforma Sanitária no Brasil.

Pode-se traçar assim uma cronologia das reformas sociais na década de 80, ainda de acordo com Draibe (1993):

- a. No início da década, ocorrem iniciativas de reordenação de algumas áreas da ação social principalmente por governos estaduais e municipais de oposição;
- b. A crise econômica e os programas de ajuste impõem limites nos prazos e escopos das propostas, ao mesmo tempo que se fazem sentir os impactos sociais da crise;

- c. A Nova República altera mais fortemente o perfil da proteção social no país, mas os resultados são ainda modestos;
- d. Finalmente, a Constituição de 1988 consagra novos direitos sociais e princípios da política social que alteram alguns pilares básicos do padrão anterior de Estado de Bem-Estar Social.

Draibe faz uma avaliação positiva destas mudanças apontando que o seu sentido geral está “na ampliação e extensão dos direitos sociais, na universalização do acesso e na expansão da cobertura, num certo afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema, na concepção de seguridade social como forma mais abrangente de proteção, na recuperação e redefinição de patamares mínimos dos valores dos benefícios sociais e, enfim, num maior comprometimento do Estado e da sociedade no financiamento de todo o sistema” (1993; 23). Vale dizer, no entanto, que permanece o problema da baixa equidade alcançada pelos programas sociais e do contraste entre a ampla cobertura permitida pelo sistema e o baixo padrão dos benefícios oferecidos. Por outro lado, o nexo estatal-privatista foi pouco alterado e ainda são incipientes os mecanismos efetivos de controle social — ainda permeados pelo clientelismo — o que termina por condicionar a oferta de benefícios e serviços à lógica perversa de transferência sem critérios dos recursos públicos ao setor privado (Possas, 1992; 189).

Políticas de Saúde no Brasil

É na metade deste século que a Organização Mundial de Saúde-OMS define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, abrindo caminho para se pensar a saúde como o equilíbrio ativo entre as pessoas e o seu ambiente natural, familiar e social. Está incorporado aqui o princípio da equidade, baseado na idéia de criação de iguais oportunidades em saúde para todos através da intervenção estatal (Giovanelle *et alli*, 1996; 16). Com isso, está estabelecido o patamar para a construção da idéia de saúde como direito de cidadania e elemento central dos processos de desenvolvimento. Moraes (1996;29) sugere que podemos ver a saúde como um direito à promoção da vida das pessoas, um direito de cidadania que projeta a pretensão difusa e legítima a não apenas curar/evitar a doença, mas a

ter uma vida saudável, expressando uma pretensão de toda a sociedade a um viver saudável, como direito a um conjunto de benefícios que fazem parte da vida moderna. A idéia de saúde como direito permite, portanto, a construção das políticas sociais de saúde como possibilidade de realização desse direito.

Nas definições constitucionais brasileiras de 1988 a saúde é concebida como um direito da pessoa e um dever do Estado e esta é a base a partir da qual se estruturam as atuais políticas de saúde no Brasil. Esta concepção, democrática e de sentido humano, é resultado de um processo que se origina na crítica à medicalização social que esteve presente nas políticas de saúde até a década de 70 e que, considerando o baixo nível de implantação do SUS, ainda está inconcluso. Luz (1991) procede a uma recuperação histórica do processo de reforma sanitária no Brasil que nos parece bastante esclarecedor para o tema que estamos tratando. A seguir apresentamos uma síntese de suas idéias.

As políticas de saúde do período do “milagre econômico” (década de 70) tiveram como característica básica a articulação entre os traços institucionais do sanitarismo campanhista, oriundo da Primeira República, e os do modelo curativo da atenção médica previdenciária do período populista. Estas políticas eram coerentes com a política econômica de então que preconizavam um crescimento acelerado com elevada taxa de produtividade, conjugado a baixos salários para a maioria da população. Embora desfavorecesse a maior parte das categorias profissionais, esta política favoreceu trabalhadores especializados, técnicos e quadros superiores de setores de ponta da economia, que foram beneficiados por altos salários e incentivos, possibilitando o aumento do consumo por parte destes grupos e a difusão da ideologia do consumo no conjunto da sociedade. É neste contexto que a própria saúde passa a ser vista como um bem de consumo, especificamente, um bem de consumo médico (Luz, 1991).

Luz lista alguns dos elementos que constituem este quadro da saúde como um bem de consumo: generalizou-se a demanda por consultas médicas e o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; foram construídas ou reformadas inúmeras clínicas e hospitais privados, com fi-

nanciamento da Previdência Social; multiplicaram-se as faculdades particulares de medicina; ganhou força a organização e a complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos — já parcos — tradicionalmente destinados aos serviços públicos (1991; 81-82). Não foram poucas as consequências desta política e, entre elas, a autora destaca: a progressiva predominância de um sistema de atenção médica 'de massas' sobre uma proposta de medicina social e preventiva; o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, atuando mais na lógica do lucro do que na da saúde ou cura de sua clientela; o desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares; a consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (1991; 82).

É o processo de democratização, com a reorganização da sociedade civil e as demandas por direitos sociais, que possibilita no Brasil a disseminação da idéia de saúde como direito universal e dever do Estado. Daí resultam os primeiros debates entre profissionais de saúde e a clientela das políticas médicas representada por organizações comunitárias, abrindo espaço para as definições posteriores sobre controle social e sobre a participação da comunidade na implementação de programas sociais. As mudanças trazidas pela Nova República facilitam em alguma medida o acesso da população aos serviços de saúde, procurando-se, ao mesmo tempo, institucionalizar a participação popular na definição das políticas. Este processo não ocorre sem tensões e destacamos aqui aquela que mais interessa aos nossos propósitos, qual seja, a proposição — duramente rechaçada pelos movimentos sociais de saúde — de organização de uma rede de cuidados baseada na atenção primária, supondo uma medicina primária limitada a ser uma medicina pobre destinada aos pobres. Esta questão relaciona-se com a idéia, já apresentada, de duplo estatuto da cidadania e parece adquirir concretude em muitos programas sociais atualmente em curso no Brasil, cujas inflexões de gênero — como veremos no caso do PACS e PSF — lhes conferem elementos de profundo conservadorismo, contrastando com os princípios da equidade e bem-estar nos quais estão baseados.

Podemos dizer que na década de 80 o modelo médico assistencial-privatista apresenta sinais de falência (Mendes,1993), não tendo modificado os padrões de morbimortalidade brasileiros e revelando que os altos custos implicados na sua manutenção e expansão eram incompatíveis com a crise econômica em que o país mergulhava. É importante salientar que o setor privado de saúde não sofreu revezes em sua expansão, haja vista o crescimento que vem tendo nas últimas décadas, fazendo com que as camadas altas e médias da população brasileira estejam cobertas por planos privados de saúde.

O movimento pela Reforma Sanitária, em curso no mesmo período, pode ser caracterizado como “um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um sistema único de saúde, constituído pela regulação do Estado que objetive a eficácia, eficiência e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um novo paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema” (Misoczky, 1994).

Este movimento vai repercutir de modo decisivo na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e até hoje considerada um marco nos rumos que as políticas de saúde têm tomado no Brasil. Data desta conferência a elaboração de um novo conceito de saúde, em consonância com as definições da OMS, que passa a ser entendida como “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Ministério da Saúde, 1992).

A perspectiva de saúde esboçada na VIII Conferência se concretiza em termos políticos institucionais com a Constituição promulgada em 1988, que estabelece o SUS. No que pese a extensão do texto que segue, nos parece fundamental transcre-

ver os princípios assinalados no documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” (1993), produzido pelo Ministério da Saúde. Analisando o modelo de assistência, o documento afirma que este modelo será construído através de:

- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- controle social através dos Conselhos de Saúde, como poder deliberativo sobre as políticas e recursos da área de saúde;
- acesso às informações e dados em saúde;
- acesso gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema;
- implantação de um sistema de referência e contra-referência municipal, regional, estadual e interestadual;
- controle sobre a produção, distribuição e consumo de produtos e serviços que envolvam riscos à saúde;
- participação complementar dos serviços privados;
- controle e avaliação efetivos sobre a qualidade e a quantidade dos serviços prestados pela rede;
- ações individuais e coletivas visando a promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde;
- ampliação das ações de caráter preventivo e melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial, visando a redução das internações;
- incorporação das atividades de vigilância em saúde como parte da rotina dos serviços, incluindo as ações voltadas ao ambiente e à saúde do trabalhador.

Esta citação comprova a inovação e a amplitude de ações contidas na proposta do SUS, superando a setorialização que sempre caracterizou as políticas de saúde no Brasil. Além disso, está implícita a noção de que a saúde é prerrogativa básica para o exercício da cidadania. Contudo, o processo de implementação do SUS não se deu, nem tem se dado, sem críticas e conflitos de várias ordens. No tocante às críticas uma delas é, para nós, bastante pertinente e dá conta da não incorporação do PAISM-Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher nas estratégias e princípios do SUS, ausência que revela o peso da estrutura das relações de gênero na formulação das políticas sociais no Brasil. Isso fica demonstrado na análise feita

por Sorrentino (1994), para quem “o movimento de saúde, talvez para evitar sua intercessão com temas como contracepção e aborto, sempre manteve certa distância da questão do PAISM. Um dos resultados mais visíveis desse distanciamento é que a própria Constituição, ao detalhar as ações pertinentes ao SUS, não se refere ao PAISM e o planejamento familiar aparece como assunto ligado à família e não à saúde, como foi sempre a nossa reivindicação”.

Por outro lado, o contexto político-econômico no final da década de 80 e início da década de 90 traz transformações profundas, muitas delas já exaustivamente analisadas. Contudo, o traço mais marcante desses processos é possivelmente o fim das utopias socialistas e a força que os projetos políticos denominados de neoliberais assumem no contexto global. A proposta de Estado mínimo, a face política dos processos econômicos de ajuste estrutural, entra no debate político como contraposição ao Estado do Bem-Estar. As tensões presentes neste debate são evidentemente marcadas pela forte presença do Estado brasileiro na economia — traço característico do processo de desenvolvimento desde a década de 30 — e, ao mesmo tempo, pelas continuadas reformas no sistema de proteção social que apontam para a ampliação da ação estatal neste campo, contrariando, pelo menos no plano dos princípios, as teses do Estado mínimo. Mas, na prática, faz-se sentir as consequências das proposições neoliberais no reordenamento e implantação das políticas de saúde.

Segundo Mendes (1993), “no campo das políticas sociais de saúde, as estratégias de estabilização ou de ajustes neo-liberais assentam-se em três opções fundamentais: a privatização, a descentralização e a focalização. A primeira se reflete no crescimento da medicina privada de grupos e seguradoras que hoje já cobre 31 milhões de brasileiros. Já a descentralização, apesar de ser este um princípio apreendido pela reforma sanitária no sentido de permitir uma maior racionalidade dos recursos e das ações, assume, no contexto das políticas neoliberais, um perfil um tanto quanto perverso, na medida em que a transferência de poder decisório não vem acompanhada, em muitos casos, da contrapartida de recursos necessários para o desenvolvimento das ações previstas. A focalização, por seu turno, significa que os recursos públicos devem ser destinados aos setores populacionais mais necessi-

tados, contudo, a pequena força política desses grupos populacionais, decorrente de sua desorganização, e a pouca sensibilidade social dos neoliberais com relação a eles, fazem com que a política de focalização termine por transformar-se numa neofilantropia. No campo da saúde, a focalização aparece com clareza (...) nas propostas de atenção primária seletiva em suas diferentes versões, especialmente na medicina simplificada e nas estratégias de sobrevivência de grupos de risco” (1993).

As estratégias de focalização repercutem diretamente na vida das mulheres, na medida em que são elas que tradicionalmente se ocupam com a saúde e a sobrevivência dos membros da família e isto se reflete claramente em vários documentos e análises, nacionais e internacionais, que consideram as mulheres, juntamente com as crianças e os idosos, grupos socialmente vulneráveis. Neste sentido, muitos dos programas de saúde desenvolvidos a partir da década de 80 colocam as mulheres como alvos e promotoras da saúde das comunidades carentes. Isto poderá ser observado com clareza no PACS e, em menor medida, no PSF.

Como afirma Ríos, “desde la perspectiva del integracionismo, la salud de las mujeres se planteó como una contribución al desarrollo en un doble sentido: por una parte, como médio para garantizar la reproducción biológica y la sobrevivencia de los hijos mediante los cuidados y la alimentación maternos, por la otra, como recurso que participa en el desarrollo de programas y servicios de salud que benefician a la población. En ambos los casos las mujeres son vistas como un “insumo” para la salud de la población y para el propio desarrollo sectorial, escasa o neguna consideración se manifiesta por los efectos del desarrollo, de la discriminación y desigualdad por sexo, sobre sus propias condiciones de salud” (1993).

É apenas na década de 70, graças à ação e produção intelectual do movimento feminista, que se questiona mais profundamente o lugar das mulheres frente ao Estado de Bem-Estar Social e às políticas sociais. Este é um processo que adquire força e visibilidade a partir dos anos 80, tendo sido responsável por mudanças importantes no perfil dos programas de atenção à saúde da mulher, com especial ressonância na formulação do PAISM. Mas, no contexto de implantação das políticas sociais no Brasil, pensar sobre o lugar das mulheres implica em realizar um

cruzamento entre o seu lugar como beneficiárias das políticas e aquele que vêm ocupando como “implantadoras” cotidianas de alguns dos programas de saúde — seja como agentes formalmente integradas a programas, seja como voluntárias que “auxiliam” as ações governamentais na comunidade. São as diferentes concepções sobre o papel das mulheres na família e na sociedade que terminam por definir alguns dos formatos dos programas sociais de saúde.

Nunes (1991) observa que a mulher passa a ser alvo das preocupações governamentais, no contexto de criação e institucionalização da medicina social¹ — que no Brasil acontece no final do século XIX — quando a higiene no interior da família adquire importância capital. É neste período que iniciam-se as tentativas de intervenção nos costumes e hábitos familiares, visando à reorganização das relações entre pais e filhos, de modo a basear o controle familiar no assessoramento da infância e no controle de mortalidade e natalidade. Os sistemas de aliança entre homens e mulheres passam a merecer atenção especial, com o objetivo de converter homens e mulheres às funções de pais e mães. As mulheres recebem atenção especial pela sua proximidade com as crianças e, consequentemente, maiores possibilidades de atuar no sentido de reduzir a mortalidade infantil. Argumentos científicos são utilizados para demonstrar que as mulheres devem se situar no lar e na maternidade e este processo traz consigo uma maior valorização da mulher como esposa e mãe, como agente familiar da perpetuação e preservação da infância. Sua proximidade com a procriação lhe faz mais frágil que os homens, mas também a torna apta a cuidar de outros seres igualmente frágeis, o que é tratado como uma virtude pela medicina da época. Com isso a mulher é transferida da tutela paterna para a tutela higiênica, processo que não apresenta qualquer vestígio de liberação ou autonomia. Aqui a medicina fala pela mulher e diz como ela deve viver.

Esta concepção permanecerá como base explícita dos programas de saúde voltados para a mulher que, até a década de 80, denominavam-se programas materno-infan-

¹De acordo com Foucault, este é um processo de constituição de uma tecnologia disciplinar surgida com o objetivo de gerir a vida dos indivíduos, num projeto de normalização e controle do corpo social (Nunes, 1991; 49).

til, reforçando esta ligação “natural”, imediata e inexorável entre mulheres e crianças. No campo dos programas de saúde esta concepção tem sido sistemática e consistentemente alterada, mas no campo da implementação de programas sociais que utilizam a força de trabalho feminina nas suas ações, veremos que ela ainda está bastante forte, embora subsumida sob justificativas de base sócio-econômicas.

Os programas de saúde da mulher existentes na década de 70 se voltavam marcadamente para a mulher/mãe, “pois obedeciam a visão tradicional onde a maternidade é concebida como a única via para a cidadania feminina e, conseqüentemente, para os benefícios sociais” (Ávila, 1993). É exatamente no âmbito da saúde da mulher que surgirá nos anos 80 uma das primeiras iniciativas que objetivavam transformar não só a lógica até então vigente nas políticas de saúde, como também a própria maneira de concebê-la. Foi o caso do PAISM, formulado em 1983 pelo Ministério da Saúde a partir de avaliações, debates e propostas do movimento feminista brasileiro. Este programa tem como objetivo fornecer às mulheres uma assistência integral clínico-ginecológica, bem como ações educativas dirigidas ao controle pré-natal, melhoria na atenção ao parto e puerpério². Tais proposições estão pautadas num conceito ampliado de saúde reprodutiva, onde todas as fases da vida da mulher, da adolescência até a terceira idade são tematizados. Como afirma Costa (1992), “a concepção de assistência integral à saúde da mulher contempla ainda a percepção de gênero no âmbito do atendimento à saúde (...). Pela lente do gênero as práticas educativas tão necessárias à assistência devem se constituir no processo de reconstrução da identidade. É através destas práticas educativas que as mulheres estarão habilitadas para a escolha do método contraceptivo adequado, para participação como agentes, da garantia dos seus direitos”.

Esta idéia de ações educativas em saúde, com foco maior na prevenção em lugar da cura, não está presente apenas no PAISM, mas estende-se para todas as áreas de atenção primária voltadas especialmente para populações de baixa renda. Está arti-

²Nos últimos anos, o próprio PAISM tem sido objeto de reavaliação por parte do movimento feminista brasileiro, que considera a possibilidade de ampliar o seu enfoque, incluindo, por exemplo, a atenção à saúde mental e à saúde no trabalho.

culada às propostas de assistência alternativa que têm como um de seus principais instrumentos de implementação o emprego de agentes não profissionais no processo de trabalho em saúde. (MARTINS *et alli*, 1996; 40). No Brasil, estes agentes têm sido centrais nas ações de extensão da cobertura dos programas de saúde, funcionando como um elo de ligação entre a comunidade e os serviços e, ainda, como elemento de legitimação dos serviços na comunidade. Por outro lado, certas ações do PAISM são incorporadas ao PACS e PSF, exatamente por se considerar que estes/as agentes são o melhor meio para se alcançar eficácia.

A concepção de que agentes não profissionais podem ser parte do contingente de trabalhadores em saúde é largamente aceita entre os formuladores de políticas e pela sociedade em geral, já que responde a alguns dos desafios de organização dos serviços com resolubilidade e qualidade. Além disso, oferece algumas vantagens como a incorporação imediata dos/as trabalhadores/as, o baixo custo e a vinculação aos elementos sócio-culturais das comunidades de abrangência, o que propicia uma mediação entre a população e os serviços de saúde através de ações educativas e de promoção de saúde. Estas ações produzem impacto significativo com ações pontuais e simplificadas, mas relevantes em termos de saúde pública, como a reidratação oral e a cloração da água para a prevenção do cólera (MARTINS *et alli*, 1996; 42).

Há, no entanto, controvérsias com relação à institucionalização governamental dos agentes comunitários de saúde, especialmente no que se refere à “desprofissionalização” das atividades de enfermagem, baseada, sobretudo, na “semelhança entre o trabalho doméstico feminino e uma parte das atividades de enfermagem, classificadas como domésticas, ou seja, relativas às tarefas simples de ordem e limpeza” (MARTINS *et alli*, 1996; 41), que autorizaria a utilização de agentes não-profissionais para a realização destas ações. Isto se reporta diretamente ao fato de que a maior parte do contingente de agente comunitários de saúde é formada por mulheres, levando-nos mais uma vez à idéia de que cabe às mulheres o cuidado imediato com a saúde da família e com a saúde desta família ampliada que é a comunidade. Não podemos esquecer, outrossim, que as beneficiárias diretas e interlocutoras das agentes de saúde são também mulheres. Com isso, boa parte do universo da atenção primária à saúde sofre uma espécie de feminização, cujos pres-

supostos e consequências sobre os processos de construção da cidadania e do desenvolvimento serão analisados a seguir.

Gênero e Programas de Desenvolvimento

No campo dos estudos sobre gênero e desenvolvimento, Caroline Moser (1992) propõe uma classificação dos tipos de enfoques de gênero possíveis para programas de desenvolvimento. Por programas de desenvolvimento entende-se toda e qualquer política governamental ou não-governamental que tem por objetivo o crescimento econômico e/ou a promoção do bem-estar social. Moser identificou cinco diferentes enfoques de gênero em programas de desenvolvimento: equidade, bem-estar, redução da pobreza, empoderamento³ e eficácia. Estes enfoques são definidos a partir do modo como as mulheres, enquanto população beneficiária e/ou executora dos programas, são percebidas, envolvidas, tratadas e atendidas.

Resumidamente, as concepções que embasam cada um destes enfoques são as seguintes. O enfoque do bem-estar visa uma maior participação das mulheres no desenvolvimento, como melhores mães. É o seu bom desempenho como mãe que é considerado como o mais importante papel que ela teria a cumprir no desenvolvimento. Com isto, os programas baseados neste enfoque buscam atender aos problemas de má-nutrição, planejamento familiar e ajuda alimentar, compreendendo as mulheres como beneficiárias passivas dos processos de desenvolvimento. O enfoque da equidade objetiva obter maior igualdade nas relações entre mulheres e homens e suas ações vão justamente no sentido de reduzir esta desigualdade em diferentes esferas, tratando as mulheres de modo integral e buscando a sua participação ativa nos processos de desenvolvimento. O enfoque anti-pobreza tenta assegurar às mulheres pobres a intensificação de sua produtividade; a pobreza das mulheres é vista como problema de desenvolvimento e não de subordinação de gênero. Suas ações

³Empoderamento é um neologismo criado a partir da língua espanhola (*empoderamiento*) pela ausência de tradução ou palavra semelhante em português. Significa o processo de fortalecimento pessoal e coletivo de sujeitos individuais e coletivos, criando as condições para que tenham mais poder nas suas relações sociais e pessoais.

concentram-se no plano da geração de empregos e renda. Os programas que se baseiam no enfoque da eficácia trata, como o próprio nome diz, de assegurar que os processos de desenvolvimento sejam mais eficazes e efetivos e a participação das mulheres, enquanto contingente populacional significativo, é vista como fundamental para isso. Assim, busca integrar as mulheres enquanto força de trabalho e liderança comunitária no desenvolvimento de um leque variado de ações, entre as quais se incluem as ações de saúde preventiva e curativa. Finalmente, o enfoque do empoderamento se coloca em franca oposição aos anteriores: percebendo a mulher como sujeito ativo do desenvolvimento, lhe reserva um lugar de formuladora de suas próprias necessidades e projetos, contando com a sua participação em todas as fases dos programas e fortalecendo as suas organizações próprias.

A discussão sobre os enfoques de gênero em programas de desenvolvimento mostra-se particularmente importante em países como o Brasil, onde são imensas as desigualdades sócio-econômicas e onde os efeitos do patriarcalismo ainda se fazem sentir com muita força. Como vimos anteriormente, o sistema brasileiro de políticas sociais nunca apoiou-se de fato numa estratégia de combate à pobreza, desenvolvendo muito mais ações de caráter corporativo e clientelista, que favorecem parte da população integrada no mercado formal de trabalho. Assim, as mulheres jamais foram contempladas senão no interior de programas de proteção materno-infantil. Pouco e precariamente presentes no mercado de trabalho, as mulheres eram indiretamente beneficiadas por alguns programas de saúde, alimentação e nutrição, na condição de gestantes ou mães de família (Lavinás, 1996; 465).

A instabilidade conjugal e as mudanças na estrutura familiar são alguns exemplos das profundas transformações sócio-culturais por que tem passado a sociedade brasileira nos últimos trinta anos. Isto tem provocado dificuldade nos setores mais empobrecidos da população, onde a mulher passa a acumular sozinha funções de provedora e de responsável exclusiva pela esfera da reprodução. O número de famílias chefiadas por mulheres vem aumentando ano a ano e tais famílias apresentam um perfil extremamente vulnerável em razão do alto grau de discriminação que sofrem as mulheres no mercado de trabalho, onde recebem rendimentos menores por desempenharem atividades menos qualificadas. Segundo dados da PNAD 1990,

metade das mulheres que trabalham está no setor informal, destituídas, pois, de direitos previdenciários e trabalhando maioritariamente em tempo parcial, contra apenas 15,5% dos homens. Isto demonstra que a força de trabalho feminina não dispõe das mesmas chances de competir no mercado de trabalho em relação a seus colegas do sexo masculino. Não é por acaso que dentre os trabalhadores que desenvolvem atividades em seu próprio domicílio, 82,2% são mulheres, indicando que as oportunidades de multiplicar suas atividades são restritas a um número de funções compatíveis com os limites do espaço e das atividades domésticas, limites que se revestem de grande importância em se tratando de lares pobres e desprovidos, muitas vezes, de infra-estrutura básica (Lavinas, 1996; 464-467).

São estas mulheres que são atendidas pelos programas governamentais de saúde e são elas mesmas as que são integradas aos programas como agentes comunitárias de saúde. Elas encontram-se na confluência de uma situação profundamente injusta em que, por força das dificuldades de inserção no mercado de trabalho formal e do seu lugar na família e na comunidade, terminam por se constituir numa força de trabalho especial e privilegiada diante dos órgãos governamentais. Sua incorporação nos programas sociais responde assim a uma dupla necessidade: a sua própria necessidade imediata de possuir renda e realizar uma atividade extra-doméstica num local perto de sua residência e a necessidade dos serviços de saúde de garantir mão-de-obra para a execução dos programas.

Para nós, são muitas as contradições embutidas nesta articulação que, aparentemente, soluciona problemas de ordem sócio-econômica e de desenvolvimento. Mas o próprio quadro atual das políticas de saúde no Brasil se encontra permeado por contradições de diversas ordens, fazendo com que coexistam projetos diferentes em permanente tensão. Segundo Teixeira (1994), isto se expressa na medida em que, por um lado “se inscrevem nos textos jurídicos-legais uma série de princípios e diretrizes inspirados no modelo de política social voltado a garantir o direito à saúde e ao acesso ao consumo de serviços de saúde de forma universal, equitativa e integral, ao mesmo tempo em que consolidaram-se formas de organização e gestão desta produção mais relacionadas com um modelo de política social em que o acesso ao consumo deriva das possibilidades definidas pela lógica do mercado”.

Acrescentamos, além disso, que este modelo está fundamentado e permeado por uma abordagem de gênero que, no limite, contraria qualquer perspectiva de desenvolvimento humano e igualitário.

Tomando por base o marco analítico apresentado acima, procuramos investigar e analisar o modo como as mulheres são percebidas e envolvidas no PACS e no PSF, programas que parecem incorporar em sua formulação elementos característicos dos processos em curso no tocante às políticas de saúde. Além disso, procuraremos avaliar as consequências práticas deste tipo de abordagem sobre a vida das agentes comunitárias de saúde e, em menor medida, sobre a vida das beneficiárias do Programa. Tomamos como objeto de nossa investigação a implantação do PACS no município de Camaragibe, na Região Metropolitana do Recife, em Pernambuco, e o Programa Saúde da Família, que havia sido recentemente implantado no mesmo município, como uma derivação do PACS e graças aos resultados positivos apresentados por este último programa. Para isso, realizamos análise documental, entrevistamos agentes comunitárias de saúde ligadas aos dois programas e entrevistamos o secretário de saúde e a coordenadora do programa de saúde comunitária do município. Com estes dados, pretendemos responder às seguintes questões de pesquisa:

- Quem são as mulheres envolvidas no PACS e no PSF, em Camaragibe? Qual o seu perfil sócio-econômico, político, cultural e técnico?
- De que modo as agentes comunitárias de saúde percebem a sua atividade?
- Qual o papel das agentes comunitárias de saúde na reestruturação dos serviços de saúde em comunidades de baixa renda de periferias urbanas?
- De que modo as políticas sociais de saúde vêm sendo viabilizadas e implementadas através da ação das mulheres e da população de baixa renda?

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde

A origem do PACS remonta a 1975, com o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, que enfatizava a capacitação de agentes comunitários leigos como estratégia de extensão de cuidados básicos de saúde, seguindo uma tendência presente em muitos países da América Latina. O agravamento da situação de saúde das classes populares, expresso em indicadores de morbi-mortalidade, fez com que em 1991 o Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde assumisse a criação do PACS, para dar conta da assistência deficiente à atenção primária (Solla, 1996; 5). O PACS tem como “objetivo central estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e de periferias urbanas, priorizando a ação materno-infantil” (MS/UNICEF, 1994), atendendo às iniciativas de descentralização das ações de saúde. Com isso pretende-se melhorar, através dos agentes comunitários de saúde, a capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para a construção e consolidação de sistemas locais de saúde. Pretende ainda contribuir para o processo de descentralização das ações de saúde, na perspectiva de construção e consolidação do SUS (Solla, 1996; 5).

A formulação do PACS baseou-se nas experiências concretas já implantadas nos estados do Ceará, Goiás, Pernambuco e Maranhão e nas cidades do Vale do Ribeira (SP) e Rondonópolis (MT). A área escolhida para iniciar o programa foi a Região Nordeste, através de ações educativas e preventivas. Mas, em função da epidemia do cólera foi implantado também na região Norte. Na época que realizamos a pesquisa, o Programa estava implantado em 987 municípios de 17 estados das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, totalizando 33.488 agentes comunitários/as de saúde (ACS).

As principais atribuições do PACS são: disseminar informações que possibilitem a população cuidar melhor de sua saúde; fazer um mapa da situação epidemiológica de cada região e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde. O elenco de ações propostas para este programa são:

- Estimular continuamente a organização comunitária
- Participar da vida da comunidade, principalmente através das organizações, estimulando a discussão das questões relativas à melhoria das condições de vida da população
- Fortalecer os elos de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde
- Informar os demais membros da equipe de saúde a respeito da disponibilidade, necessidades e dinâmica social da comunidade
- Orientar a comunidade para a utilização adequada dos serviços de saúde
- Registrar nascimentos, doenças de notificação compulsória e de vigilância epidemiológica e óbitos ocorridos,
- Cadastrar todas as famílias de sua área de abrangência
- Identificar e registrar todas as gestantes e crianças de 0 a 6 anos de sua área de abrangência, através de visitas domiciliares
- Atuar de modo integrado às instituições governamentais e não-governamentais, grupos e associações da comunidade (parteiras, clubes de mães etc.)
- Executar, dentro do seu nível de competência, ações e atividades básicas de saúde:
- Fazer o acompanhamento de gestantes e nutrízes
- Incentivar o aleitamento materno
- Fazer acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças

- Garantir o cumprimento do calendário de vacinação e de outras vacinas que se fizerem necessárias
- Fazer o controle das doenças diarreicas
- Fazer o controle da Infecção Respiratória Aguda (IRA)
- Fazer orientação quanto a alternativas alimentares
- Fazer utilização da medicina popular
- Promover ações de saneamento e melhoria do meio ambiente
- Promover a educação em saúde

A população-alvo do trabalho dos/as agentes comunitários/as de saúde são os grupos socialmente excluídos. De acordo com pesquisa desenvolvida pela Fundação Nacional de Saúde “a população coberta pelo PACS vive em domicílios com precárias condições de saneamento, têm pouco acesso a bens e equipamentos domésticos e baixo índice de escolaridade” (1994). O quadro abaixo apresenta alguns dados comparativos que justificam a escolha da região Nordeste para a implantação do PACS.

Quadro 1 Indicadores de Saúde, Regiões Nordeste e Sudeste

Indicador	Nordeste	Sudeste
Taxa de mortalidade infantil-1990*	88,2	30,0
Esperança de vida ao nascer-até 1 salário mínimo/1994*	51,5	66,3
	Recife	São Paulo capital
Coefficiente de mortalidade por diarreia-1988**	45,56	9,33
	Pernambuco	São Paulo
Médicos/1000 hab-1991***	1,38	1,66
Enfermeiras/1000 hab-1991***	0,71	1,93
Odontólogos/1000 hab-1991***	0,48	1,04
Total de leitos-1993***	22.653	116.729
Leitos/1000 hab-1993***	3,09	3,55

Fontes: *IBGE apud Giovanella et alli, 1996.

**Sabrosa, 1994 apud Giovanella et alli, 1996.

***Boletins SAS apud Giovanella et alli, 1996.

Os pré-requisitos para ser agente comunitário/a de saúde são os seguintes: ter mais de 18 anos, saber ler e escrever e residir na comunidade em que vai atuar, ou seja, o/a agente comunitário/a de saúde apresenta um perfil basicamente idêntico à população que será por ele/ela atendida. De acordo com as proposições iniciais do programa as atividades dos/as ACS têm um caráter eminentemente informativo-educativo, além de estabelecer a ligação entre a comunidade e o sistema de saúde. Dada a centralidade das ações educativas no PACS, os processos de formação e supervisão dos/as agentes é uma das bases operativas do seu desenvolvimento. Neste sentido é que o documento que estabelece as diretrizes do programa informa que haverá um processo contínuo de formação “com a finalidade de habilitar esses agentes em Auxiliar de Enfermagem Comunitária, devendo-se assegurar a escolaridade a nível de primeiro grau paralelamente à formação profissional”. Esta capacitação deveria ser caracterizada pela integração ensino-trabalho, de modo a permitir que o processo de formação fosse aliado à ação prática.

O PACS se estrutura através de coordenações nos níveis nacional, estadual, regional e local, cabendo a esta última a supervisão e acompanhamento mais direto dos trabalhos dos ACS. Possui um Sistema de Informação com registro cotidiano das atividades dos agentes, além de dados sobre morbidade, mortalidade e estado nutricional da população coberta. Cada ACS fica responsável por um contingente de 100 a 250 famílias da sua área de atuação. Além de requerer um processo de supervisão continuado, a operacionalização das ações do PACS exige uma retaguarda técnica por parte dos serviços de saúde (Solla, 1996; 5-8).

Em uma avaliação do PACS (1994) a Fundação Nacional de Saúde chegou a conclusões importantes, dentre as quais destacamos as seguintes:

“As atividades mais enfatizadas pelo ACS são relacionadas à vacinação, manejo da diarreia e tratamento da água, junto com o destino do lixo e dejetos. No entanto, há necessidade de reforço das mesmas, tendo em vista que os índices de cobertura encontrados para estas áreas de intervenção podem ser melhorados”.

De acordo com esta pesquisa, a cobertura vacinal para a faixa etária de 0 a 5 anos em Pernambuco era de 79%.

“As ações da área de saúde da mulher mostraram índices inferiores aos observados para o grupo infantil, [indicando] a necessidade de se reforçar as ações voltadas para esse grupo, tais como pré-natal e planejamento familiar”.

Os dados sobre pré-natal no estado de Pernambuco apontavam que 68% de gestantes e mães com filho menor de um ano realizaram pelo menos uma consulta. No tocante às questões operacionais do programa, a avaliação demonstrou que:

“O respaldo dado pelos municípios, estados ou nível nacional do Programa às ações dos ACS e dos instrutores/supervisores, seja em termos materiais ou técnicos, foi aquém do necessário. Este ponto crítico, junto com os baixos salários e a instabilidade trabalhista, foram os aspectos mais mencionados como problemáticos pelos instrutores/supervisores”.

Como veremos posteriormente, as agentes de saúde por nós pesquisadas remetem-se frequentemente à questão da remuneração versus profissionalização, questionando inclusive a proposta de equiparação de sua função à de auxiliar de enfermagem. A imposição a posteriori de um determinado grau de escolaridade é contraditória com a baixa remuneração por eles/elas recebida e cria o risco de retirar do programa aqueles/as que não possuem a escolaridade determinada. Por outro lado, o lugar central da formação no trabalho dos/as ACS faz com que a figura do/a supervisor/a — que são profissionais de nível superior — adquira uma importância imensa no programa gerando, em contrapartida, uma certa dependência dos/as agentes em relação aos mesmos, como se verá adiante.

Por fim, a avaliação conclui que

“Fica patente que o PACS assumiu características de um Programa concentrado em atividades extra-muros, com forte ênfase na extensão da cobertura de ações básicas de saúde para o grupo materno-infantil e nas atividades de fo-

mento e proteção à saúde. Ademais, tais ações têm tido o seu foco no processo educativo e nas orientações dadas pelo Agente Comunitário à população. No entanto, as dificuldades e limitações que têm surgido ao longo desse processo apontam para a necessidade de que os níveis locais assumam o PACS de forma mais integrada, sem perder a sua característica básica de atividade extra-muros dos serviços de saúde.”

Uma avaliação do PACS na Bahia encontrou praticamente os mesmos problemas apresentados acima. Seus/suas autores/as (Solla *et alli*, 1996) indicam outros aspectos positivos da ação dos ACS como, por exemplo, a penetração junto à população da área, o bom desempenho enquanto elo de ligação entre a comunidade e os serviços, a avaliação positiva do seu trabalho por parte da população atendida. Mas a avaliação avança na identificação de problemas que nos parecem pertinentes para o nosso trabalho, alguns dos quais apareceram na fala das ACS que entrevistamos em Camaragibe, como veremos no capítulo V. A seguir transcrevemos, resumidamente, os principais achados da avaliação realizada na Bahia.

Os aspectos educativos e de organização comunitária da ação do PACS — divulgados como essenciais ao programa — não vêm sendo efetivamente desenvolvidos. Além disso, pode-se listar os seguintes problemas: alta rotatividade de profissionais nas atividades de supervisão, carga horária dos supervisores/instrutores menor ou igual a 20 horas, problemas de capacitação formal para a função, número de ACS acompanhado por supervisor superior ao previsto, baixa frequência de supervisão em campo, falta de sistematização adequada do processo de supervisão, ausência de supervisão do Programa nos municípios, por parte da coordenação estadual, indefinição do vínculo empregatício e do salário dos instrutores/supervisores municipais, falta de infra-estrutura de apoio ao trabalho de instrutores/supervisores e das coordenações regionais, desarticulação e falta de integração com os órgãos prestadores de serviços nos níveis regional e municipal (Solla *et alli*, 1996;13). Encontrou-se ainda uma alta proporção de respostas desfavoráveis às ações do programa nas áreas urbanas o que, para os/as autores/as, aponta a necessidade de se repensar o papel dos ACS nestas áreas. Não apenas um maior acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos minimiza a necessidade de um elo de ligação entre o

usuário e os serviços, como também o perfil da população usuária urbana determina um padrão de demanda de atenção à saúde que pode não encontrar respostas nas ações dos ACS.

Outros fatores contribuem para o agravamento da problemática. A maioria dos gestores municipais, quando coopera com o Programa, se limita a fornecer alguma infra-estrutura para o treinamento dos ACS e/ou a contratar/remunerar o instrutor/supervisor. Os/as ACS, por sua vez, vivem em estado de insegurança diante de constantes atrasos na sua remuneração e de uma relação de trabalho instável e não profissionalizada. Os próprios profissionais de saúde são pouco valorizados, o que se traduz por uma baixa remuneração e pela falta de incentivo à fixação dos mesmos nos municípios.

Do ponto de vista dos serviços, verificou-se que a maior parte dos municípios não realiza contra-referência dos encaminhamentos realizados pelos agentes e, ao mesmo tempo, houve um percentual significativo de respostas classificadas como regular ou insuficiente com relação aos atendimentos, pelos serviços, dos casos encaminhados pelos ACS. Fechando o círculo, foram muitos os casos em que as relações entre o agente e o Secretário Municipal e/ou Conselho de Saúde foram caracterizadas como conflituosas ou inexistentes. Estes são fortes indicadores de que o desenvolvimento do trabalho do agente se faz à margem e, às vezes, até à revelia do sistema oficial que organiza as ações de saúde no município, o que traz como consequência a redução da eficácia e eficiência do trabalho do/a ACS, a perda da legitimidade do trabalho do ACS frente à comunidade e o desestímulo do/a agente para o desempenho de suas funções. (Solla *et alli*, 1996;13-14).

O Programa Saúde da Família-PSF foi criado para orientar o desenvolvimento de ações de prevenção do aparecimento e aumento de doenças, promovendo a proteção à saúde do indivíduo através de equipes de saúde que fazem o atendimento na unidade de saúde local e na comunidade. Na comunidade, o trabalho funciona no nível de atenção primária, avaliando e solicitando encaminhamentos à rede de saúde quando for necessário. Quando for possível, em decisão conjunta com a família, o doente poderá ser internado em sua própria casa.

Uma equipe básica deverá cobrir de 800 a 1.000 famílias, critério passível de alteração, dependendo das condições de acesso e da densidade demográfica do município. Esta equipe será geralmente formada por um/a médico/a, um/a enfermeiro/a, um/a auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes de saúde — selecionados/as pela Coordenação Estadual de Saúde, aliada à Regional e à Municipal, e preparados/as pelo serviço de saúde — que deverão trabalhar em regime de dedicação exclusiva. O PSF, portanto, está diretamente ligado ao PACS e o controle de qualidade dos dois programas deverá ser exercido por grupos de supervisão, pelos Conselhos de Saúde e pelas comunidades atendidas. No momento da pesquisa o PSF estava instalado em 14 municípios do estado de Pernambuco e contava com 76 equipes.

Uma avaliação dos dois programas, no início de 1997, apresentava o seguinte quadro (Brasil Real):

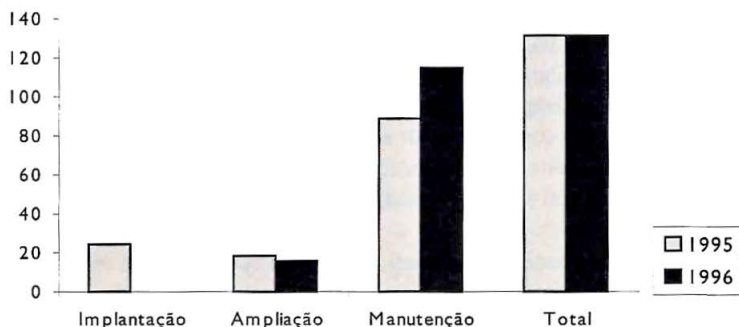
Quadro 2 Alcance das ações do PACS e PSF, 1995-1996

		Janeiro de 1995	Agosto de 1996	Resultado
PSF	<i>Equipes</i>	328	1.125	342%
	<i>Municípios</i>	65	293	450%
	<i>Pessoas atendidas</i>	1,3 milhões	4,2 milhões	323%
PACS	<i>Agentes</i>	29.098	44.396	152%
	<i>Pessoas atendidas</i>	17 milhões	26 milhões	152%*

* Nas áreas cobertas, registrou-se uma redução de 40% de mortalidade infantil, comparada com as taxas de 1994 e 1995

Em Pernambuco, foi a seguinte a evolução da implantação do PACS:

Gráfico I Implantação do PACS em Pernambuco, 1995-1996



Atualmente, o Programa Saúde da Família está alocado na área programática II do Reforsus (Reforço à Organização do SUS) e é uma das suas prioridades. As outras são readequação física e tecnológica da rede assistencial, com ênfase nas áreas de assistência ao parto, puerpério e período perinatal e assistência à urgência e emergência em grandes áreas urbanas; ampliação da capacidade e melhoria da qualidade da rede hematológica e hemoterápica e ampliação da capacidade e melhoria da qualidade dos laboratórios de Saúde Pública. Em três anos, serão alocados US\$ 45,000.00 para o PSF, o que corresponde a 7% dos recursos totais do Reforsus. Em Pernambuco, o total de recursos do Reforsus será de cerca de 18 milhões de dólares.

Entre as ações prioritárias da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, encontram-se algumas que dependem da ação das agentes de saúde e há, ainda, um reforço claro às ações do PSF, como se vê a seguir:

- Consolidação do projeto Salva-Vidas — programa de redução da mortalidade infantil — em 70% dos municípios do Estado, tendo como meta a redução em 30% do Coeficiente de Mortalidade Infantil em 04 anos em todo o estado, priorizando a assistência integral às gestantes, recém-nascidos de risco e crianças menores de 01 ano. Este programa é executado pelos/as ACS
- Ampliação das ações preventivas e de assistência, beneficiando 1.830.000 crianças menores de 05 anos quanto às doenças imunopreveníveis, diarreicas/co-léricas e do aparelho respiratório
- Implantação e/ou implementação do PACS, ampliando as ações desenvolvidas por 1.500 agentes comunitários de saúde e incrementação das ações desenvolvidas por 3.000 parteiras tradicionais
- Implantação de 150 equipes de médicos de família em todo o Estado

As conferências regionais e municipais de saúde da época também se dedicaram a avaliar a ação destes programas e indicaram, através de suas reivindicações, alguns dos problemas encontrados na implantação do PACS e do PSF:

- Pagamento de adicional de risco de vida e insalubridade para os/as ACS
- Vinculação do ACS à esfera federal e não municipal
- Capacitação do ACS em alimentação alternativa
- Aumento do piso salarial do ACS para R\$ 150,00, enquanto não for resolvida a regulamentação da categoria
- Profissionalização do ACS
- Concurso público para o ACS com pontualização de títulos
- Convocação de suplentes de ACS, no caso de desligamento
- Isonomia salarial entre enfermeiras do PACS e do PSF
- Ampliação dos ACS a outras áreas (educação, saneamento e outros)
- Institucionalizar urgentemente o PSF
- Garantir nas ações de saúde a manutenção do PSF e PACS
- Priorizar os profissionais da rede para compor as equipes do PSF
- Ampliação da equipe que compõe o PACS e o PSF, que o governo federal garanta a participação de assistentes sociais, nutricionistas e outros profissionais afins nos referidos programas

- Assegurar ao ACS um teto salarial digno e unificado
- Realizar melhor acompanhamento e coordenação dos ACS e PSF
- Reforçar o trabalho de educação em saúde, através do ACS
- Expansão do PACS e PSF para os municípios que não têm o programa
- Envolver ACS na descentralização das ações e serviços de saúde

A seguir veremos como muitas destas questões reaparecem na fala e no cotidiano profissional das ACS do município de Camaragibe, indicando tensões e contradições importantes na própria concepção e estrutura destes programas.

Considerações Metodológicas

Como já foi destacado acima, tomamos o PACS como um exemplo da formulação de políticas de saúde no Brasil, considerando que é basicamente direcionado às mulheres e é por elas, na maioria dos casos, executado. Em função disto, elegemos as agentes comunitárias de saúde para constituir o universo da nossa pesquisa. Dentre os municípios do estado de Pernambuco que desenvolvem o programa escolhemos Camaragibe por duas razões: i. o PACS apresenta uma implantação sólida, com avaliações positivas por parte dos órgãos governamentais e ii. por ter sido este o primeiro município a implantar em Pernambuco o Programa Saúde da Família, um modelo de assistência que, a partir da estrutura do PACS, reorganiza o atendimento e o trabalho das agentes de saúde. Um outro elemento muito importante e que contribuiu para a nossa escolha do município de Camaragibe foi o fato de que ser mulher é um dos critérios de seleção para o trabalho como agente comunitária de saúde.

Entrevistas com o Secretário Municipal de Saúde e com a Coordenadora do Programa de Saúde Comunitária do município foram o ponto de partida para a definição do nosso universo de pesquisa⁴ e, ao mesmo tempo, expressaram o ponto de

⁴ Agradecemos ao Dr. Paulo Santana, então secretário, e a Dra. Fernanda Moraes, coordenadora do Programa, pela disponibilidade e simpatia com que nos receberam, facilitando-nos o acesso a informações valiosas.

vista do estado sobre a implantação dos Programas, com a vantagem de ambos serem de formação médica, o que nos permitia ter também um ponto de vista técnico sobre o assunto. Os dados da Secretaria de Saúde de Camaragibe informaram haver um número maior de agentes de saúde trabalhando no PACS. Formalmente, todas as agentes de saúde são lotadas no PACS, embora haja um grupo distinto que atua apenas no PSF.

Por isso, utilizamos o critério de atuação nos Programas para a definição dos dois grupos que foram investigados. O Programa conta com 106 agentes, mas só tivemos acesso a 90 fichas cadastrais. Decidimos nos basear neste último número para compor a nossa amostra, já que a ficha foi o instrumento que nos permitiu identificar e localizar as agentes de saúde que seriam entrevistadas. Das 90 agentes de saúde cadastradas, 58 estavam lotadas no PACS, enquanto 32 pertenciam ao PSF. Estas fichas também nos forneceram informações sobre a idade das agentes de saúde, possibilitando a estratificação por faixa etária. Na definição do número de entrevistadas, seguimos as proporções encontradas no universo total das agentes de saúde, tanto no que se refere à inserção programática quanto à faixa etária. Nossa amostra principal foi assim composta:

Tabela 1 Composição da amostra na 1ª fase (questionário sócio-demográfico)

Programa	Universo total	Amostra de pesquisa	% do total
PACS	58	25	43
PSF	32	11	34
Total	90	36	40

Tabela 2 Agentes Comunitárias de Saúde, por faixa de idade (%)

Faixa de Idade	Nº de Agentes de Saúde
19 aos 35 anos	61
35 aos 50 anos	33
Mais de 50 anos	06
Total	100

Tabela 3 **Composição da amostra na 2ª fase (entrevistas)**

Programa	Amostra total	Amostra 2ª fase	% do total da amostra
PACS	25	08	32
PSF	11	03	28
TOTAL	36	11	30

A primeira fase da pesquisa consistiu na aplicação de um questionário fechado, que tinha como objetivo a construção do perfil sócio-demográfico das agentes de saúde e foi estruturado em oito blocos: Identificação, Escolaridade, Estrutura Familiar, Moradia, Acesso à Informação e Meios de Comunicação, Participação Política, Trabalho e Rendimentos, Trabalho como Agente Comunitária de Saúde. No total este questionário foi composto por 70 questões e foi pré-testado com agentes de saúde que não foram incluídas na amostra definitiva. A aplicação foi feita no local de trabalho das agentes, procurando, contudo, interferir o mínimo possível nas rotinas de trabalho das mesmas. No caso das agentes do PACS, a aplicação foi feita no horário em que recebem educação continuada e das agentes do PSF quando estavam realizando atividades no posto, no início da manhã ou da tarde. O tempo médio para cada uma das entrevistas foi de 15 minutos.

A tabulação do primeiro questionário nos forneceu elementos para construirmos o roteiro de entrevista para a segunda fase, organizado em três blocos: Rotina do Trabalho, Opiniões e Percepções e Profissionalização, totalizando 20 questões abertas.

Além das entrevistas com as agentes, utilizamos como base de dados as entrevistas com o Secretário de Saúde do Município e com a Coordenadora do Programa de Saúde Comunitária e a análise dos documentos oficiais do PACS e do PSF.

O Município de Camaragibe

Camaragibe possui uma área de 44,6 km², com uma densidade demográfica de 2.229,39 hab/km². Parte significativa desta área é formada por trechos de Mata Atlântica ainda preservados e abriga condomínios de classe média alta. O município faz parte da Região Metropolitana do Recife, próxima ao litoral, portanto, e foi emancipado em 1983. Atualmente, passa por um processo de reordenamento urbano, com o objetivo de controlar a ocupação urbana, impedir a degeneração de áreas de interesse ambiental e promover a integração à RMR.

Suas atividades econômico-produtivas se restringem basicamente ao setor de serviços. Boa parte da força de trabalho é empregada em Recife ou em outros municípios da RMR e, neste caso, há uma grande dependência dos serviços de transporte coletivo, relativamente satisfatório quanto ao número de veículos, mas de qualidade precária. As vias de acesso também são bastante precárias, o que leva a que os habitantes de Camaragibe dispendam um tempo precioso nos seus deslocamentos para o trabalho. Quando se trata de mulheres com filhos, este tempo pode significar a impossibilidade de se trabalhar fora do município, onde existem as melhores oportunidades de emprego e renda.

O município contava na época com 27 escolas públicas municipais, com nível de 1º grau e 23 escolas públicas estaduais, com 1º e 2º graus. A rede pública de saúde era

composta por uma unidade de emergência municipal, um hospital geral estadual, dois hospitais psiquiátricos estaduais, seis postos de saúde municipais e 17 postos do Programa Saúde da Família. Os casos excedentes são referenciados para as unidades de saúde de Recife.

Segundo dados do último censo demográfico realizado pelo IBGE a população total é de 140.000 habitantes, sendo 51% de mulheres e 49% de homens. O município apresenta um crescimento geométrico anual de sua população de 0,76. Sua população é jovem, 64% está localizada na faixa etária que vai de 0 até 24 anos, havendo uma concentração maior na faixa que vai dos 5 aos 19 anos (36% do total). A partir dos 65 anos constata-se um aumento do percentual da população feminina, que passa para 53% na faixa que vai dos 65 aos 69 anos e chega a 60% na faixa dos 80 anos ou mais.

O município possui 21.565 domicílios, sendo 4,57 a taxa média de moradores por residência. Dos domicílios abastecidos de água através de canalização interna 90% estão ligados à rede geral. Com relação ao esgotamento sanitário, a maior parte dos domicílios, 68%, possuem fossa rudimentar. A coleta do lixo atinge 50% dos domicílios do município, enquanto que 43% dos dejetos é jogado em áreas vazias ou córregos. As agentes de saúde entrevistadas nesta pesquisa correspondem a este perfil domiciliar, como se pode observar no quadro comparativo abaixo:

Quadro 3 Alguns indicadores sócio-econômicos, comparativo entre o Município de Camaragibe e o grupo de agentes de saúde entrevistadas

Indicador	Município de Camaragibe	Agentes de Saúde
Taxa média de moradores por residência	4,57	5,5
Água encanada	68,5	75
Esgotamento sanitário (fossa rudimentar)	68	87,5
Coleta de lixo	50	70
Taxa de alfabetização	72,6	100
Energia elétrica	—	100
Residem em ruas pavimentadas	—	25
Casa própria	—	86
Média de cômodos por residência	—	7

Camaragibe possui o perfil característico das áreas que são objetos das ações do PACS, ou seja, é um município pequeno, com precárias condições infra-estruturais e que em muitos aspectos depende diretamente dos serviços e estrutura de Recife, o que se aplica em alguns casos aos problemas de saúde. Não obstante, quando comparado a outros municípios da região, Camaragibe apresenta condições de infraestrutura, bem como indicadores sócio-econômicos ligeiramente melhores⁵. Nos últimos anos, administrações de esquerda vêm investindo em políticas sociais, bem como na implantação de mecanismos de participação popular. As ações de saúde preventiva ocuparam um lugar bastante significativo neste contexto.

⁵ Comparados a municípios do mesmo porte no interior do Estado, os indicadores sócio-econômicos são significativamente melhores.

O PACS e o PSF em Camaragibe

O Programa Agentes Comunitários de Saúde foi implementando em junho de 1994 em Camaragibe e, quando da realização desta pesquisa, em 1995, contava com 106 agentes. O processo de seleção das profissionais se deu através de concurso público e os critérios para participar desta seleção foram os mesmos que norteiam o programa no plano nacional: ter mais de 18 anos, residir há mais de dois anos na comunidade e ser alfabetizada. Contudo, o fato de ser mulher foi explicitamente, segundo palavras do Dr. Paulo Santana, então Secretário de Saúde do município, um critério demarcador importante. Para ele, este critério justificava-se na medida em que grande parte das ações prioritárias do programa são dirigidas às mulheres e muitas delas requerem um nível de intimidade tal, como é o caso da amamentação, que se fossem desenvolvidas por homens poderiam não só gerar inibição para as mulheres, como também resistências por parte dos maridos ou companheiros com relação ao programa, comprometendo a sua eficácia.

O Programa é financiado pelo Ministério da Saúde, que repassa a verba para a Secretaria. As agentes recebem mensalmente um salário mínimo⁶. Contudo, elas não têm carteira de trabalho assinada e, portanto não possuem a maior parte dos

⁶ Há pequenas variações com relação ao salário das agentes, como poderá ser visto no capítulo 6.

benefícios dos demais trabalhadores/as, além disso a profissão de agente comunitária de saúde não é regulamentada.

O programa atingia na época 21 comunidades da periferia da cidade, sendo que quatro destas áreas possuem características rurais. Embora o censo do IBGE não considere que o município possua zonas rurais, a secretária de saúde classifica várias áreas como rurais. As agentes formam equipes de trabalho cujo número de integrantes varia de duas a sete agentes por localidade e foram responsáveis, nas áreas urbanas, por até 250 famílias e nas áreas rurais entre 100 e 150 famílias.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi uma modificação introduzida na estrutura original do PACS, e segundo o Dr. Paulo Santana, este Programa pauta-se nas discussões e princípios doutrinários do SUS, como a descentralização, a universalização e a integralização da atenção primária à saúde, bem como a redução das desigualdades sócio-econômicas. A descentralização acontece no PSF através do chamado planejamento ascendente — onde as agentes de saúde elaboram um diagnóstico da comunidade que informa sobre as prioridades e as questões emergenciais — e da participação dos usuários do sistema através do Conselho Municipal de Saúde. Foi este Conselho que escolheu as comunidades onde o PSF foi inicialmente implantado.

Neste modelo, as agentes comunitárias de saúde realizam ações de sensibilização e educação para a saúde. Para o Secretário, elas são as “sentinelas do SUS”, no sentido de que lhes cabe a prevenção e a triagem dos casos que precisam ser encaminhados para os demais níveis do sistema de saúde. Neste sentido, o PSF “força uma hierarquização do sistema através do tripé: necessidade de informação básica para o trabalho, racionalização e educação para a saúde”, segundo as palavras do Secretário.

Na época, existiam dez unidades do PSF, seis em funcionamento pleno e quatro em processo de instalação. A meta da Secretaria de Saúde era a implantação de 20 unidades, o que cobriria todo o município. Cada unidade do PSF possui sala de espera, um consultório, sala de imunização, sala de esterilização de materiais e uma sala para curativos, além do banheiro. A equipe é formada por quatro a seis

agentes, dois profissionais de nível superior (médico/a ou enfermeiro/a), um/a auxiliar de enfermagem e um/a auxiliar de serviços gerais. À exceção dos/as profissionais de nível superior, toda a equipe deve residir na comunidade em que trabalha.

As comunidades atingidas pelo PSF são, em geral, mais distantes do centro da cidade e também mais carentes. Além disso, as áreas rurais do município fazem parte deste Programa.

Todas as agentes de saúde do município de Camaragibe passam por uma supervisão semanal, que é realizada pelo/a profissional de enfermagem. Segundo a então coordenadora do Programa Saúde da Comunidade, D^{ra}. Fernanda Moraes, as “agentes trabalham num regime de liberdade vigiada, pois o/a supervisor/a está constantemente na área com elas”. Cada supervisor/a é responsável por uma equipe que tem no máximo 21 agentes. O regime de trabalho é de 40 horas semanais e diariamente devem ser visitadas oito famílias, devendo cada visita ter a duração de uma hora. Uma vez por semana as agentes têm quatro horas de educação continuada, onde são analisados os problemas da área e são ministradas aulas sobre os conteúdos que as agentes sentem dificuldades. O treinamento inicial teve a duração de cinco meses com uma carga horária de oito horas diárias, divididas em módulos teóricos e práticos. O Ministério da Saúde recomenda um treinamento de apenas dois meses.

De acordo com o Dr. Paulo Santana, 90% dos casos que chegam à unidade do PSF são resolvidos neste nível. Quando isto não ocorre são encaminhados para um dos cinco centros de saúde que estão se transformando em policlínicas (clínicas que integram os serviços de cardiologia, gastroenterologia, psicologia, dermatologia e odontologia) ou aos hospitais conveniados e centros especializados do município. Em último caso são referenciados para a rede pública ou conveniada do Recife.

Tanto o Secretário quanto a Coordenadora do Programa consideram que o trabalho no PSF apresenta vantagens muito grandes em relação ao formato original do PACS, principalmente no que se refere a uma maior integração, racionalidade e eficácia do sistema. Avaliando o programa como um todo, a Coordenadora considera que as

ber
ria

O p
qua
con:
vári
inte:
área

O Pr
origi
cussí
e a ir
dade:
plane
comu
partic
Foi e
impla

Neste
educa
tido d
nhado
hierar
o traba

Na ép
proces
unidad
espera,
uma sa

ações de vacinação e reidratação oral são as que apresentam os melhores resultados, até mesmo porque não falta material para realizá-las. O mesmo não ocorre com as ações de planejamento familiar, prevenção de DSTs/AIDS e do câncer cérvico-uterino que apresentam dificuldades para a sua execução decorrentes não só das resistências da comunidade no tocante à temas relacionados à sexualidade, como também por problemas de ordem infra-estrutural do próprio sistema de saúde, como insuficiência de material⁷. Além disso, a Coordenadora considerava que as ações no campo da saúde bucal, nutrição e saúde mental deveriam ser mais fortemente incorporadas ao trabalho das agentes comunitárias de saúde.

⁷ No início de 1996, parte dos problemas de infra-estrutura foram solucionados, com a implantação de um laboratório de análises anátomo-patológicas no município.

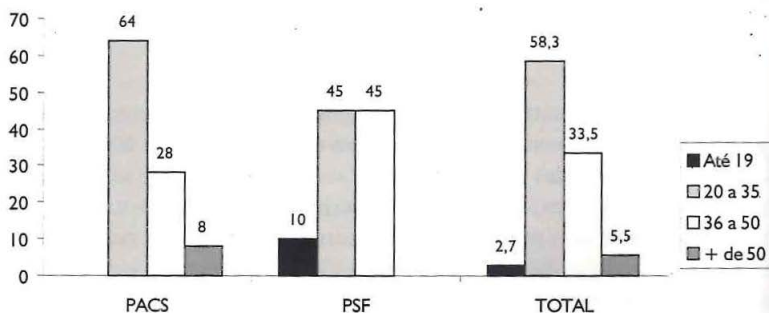
O Perfil das Agentes Comunitárias de Saúde em Camaragibe

As agentes comunitárias de saúde são em sua maioria jovens e 78% se auto-identificaram como mulatas. A faixa etária que vai dos 20 aos 50 anos reúne 91,8% das agentes de saúde, o que engloba quase todo o período reprodutivo das mulheres. Há algumas diferenças na composição deste perfil quando comparamos os dois grupos da nossa amostra. As agentes de saúde do PACS concentram-se na faixa mais jovem de 20 aos 35 anos, havendo, no entanto, mulheres com mais de 50 anos atuando no Programa. O PSF, por sua vez, incorpora jovens de menos de 19 anos e as demais agentes distribuem-se igualmente entre as duas faixas intermediárias.

O perfil etário das agentes de saúde determina a sua distribuição por estado civil e número de filhos. Nas faixas de idade em que as agentes se concentram, boa parte das mulheres está casada ou já foi casada e também já tiveram filhos. Um terço das agentes de saúde é solteira, mas entre elas, 25% têm filhos. Há, no entanto, diferenças com relação ao programa em que atuam: metade das mulheres solteiras ligadas ao PSF têm filhos. As mulheres unidas ou casadas foram 38,8% e, assim como as mulheres separadas, todas têm filhos. As mulheres sem filhos formam apenas 22%

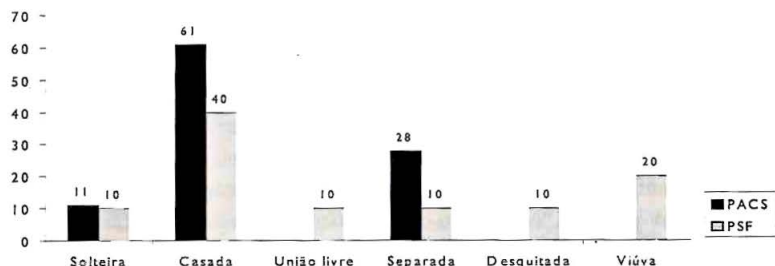
do grupo, o que nos leva a crer que o formato de ambos os programas, quando comparado a postos de trabalho existentes no mercado formal, favorece a ação profissional de mulheres que têm filhos pequenos. Em 61% dos casos, as agentes de saúde são as únicas responsáveis pelo trabalho doméstico, o que inclui cuidados com as crianças, em suas residências. Quando são auxiliadas por outros membros da família, observa-se a manutenção do padrão de feminização desta atividade: 80% das pessoas que compartilham este trabalho são mulheres — mães, irmãs ou filhas. A dupla jornada, como fator a ser levado em conta na análise das possibilidades profissionais das mulheres, revela aqui a sua importância.

Gráfico 2 Faixa etária (%)



Embora a jornada de trabalho seja de 40 horas semanais, mais 04 horas semanais de educação continuada, o sistema de visitas pode permitir um maior controle do tempo por parte das mulheres. O fato das visitas serem no mesmo bairro ou em bairros próximos ao de sua residência também pode ser um fator facilitador para a manutenção da atividade profissional combinada com os cuidados com as crianças. Esta interseção entre o formato do programa e as possibilidades de emprego de mulheres em idade reprodutiva não nos parece fortuita e nos deteremos sobre o tema no capítulo 7.

Gráfico 3 Estado Civil e Filhos*



*Não incluídas as mulheres sem filhos.

A grande maioria (98%) destas crianças está na escola. O município de Camaragibe, assim como boa parte dos bairros da Região Metropolitana do Recife, possui uma grande rede de escolas privadas denominadas de escolas comunitárias. Trata-se, na verdade, de salas de aula montadas nas residências de professoras de 1º grau, que cumprem uma dupla função: alfabetizam, ao mesmo tempo que garantem os cuidados com as crianças enquanto suas mães estão trabalhando. Suas mensalidades são acessíveis à população do bairro, mas em sua maioria não são reconhecidas pelas Secretaria de Educação, razão pela qual ficam com as crianças apenas até a alfabetização. A ausência de creches públicas e a dificuldade de obtenção de vagas nas escolas da rede oficial justificam a grande procura pelas escolas comunitárias e/ou privadas. Assim, 38% dos filhos e filhas das agentes de saúde estão nas escolas comunitárias, com um diferencial importante por programa: no PACS, 60% das crianças estão nestas escolas, enquanto que no PSF, a quase totalidade (97%) está nas escolas públicas.

Os tipos de arranjo familiar são bastante variados e se distribuem de modo relativamente uniforme, sendo a familiar nuclear a que apresentou o maior percentual de respostas. Há diferenças entre os programas. Das agentes de saúde ligadas ao PACS

36% moram com os pais, enquanto que no PSF encontramos apenas um caso nesta mesma situação. É neste último grupo, ainda, que encontramos o maior percentual de mulheres chefes-de-família, residindo com seus filhos/as e/ou agregados, o que certamente deve-se ao maior número de mulheres separadas entre elas. No total, 1/4 das agentes residem em domicílios “sem maridos, companheiros ou pais”, no entanto, 36% delas declararam ser-chefes-de-família, contra apenas 17% que declararam ser o marido o chefe e 13% que declararam ser o casal. Possivelmente, este alto percentual de mulheres auto-identificadas como chefes-de-família deve agregar as mulheres separadas, as mães solteiras e as casadas cujos maridos estão desempregados (16%). Na situação em que encontramos a resposta associada “casada e chefe-de-família”, 67% dos maridos/companheiros estão desempregados. Há apenas uma agente que se considera chefe-de-família que é casada e o marido/companheiro está trabalhando.

Tabela 4 Arranjos Familiares (%)

	PACS	PSF	TOTAL
Marido e filhos/marido, filhos e agregados	40	45	41,5
Pais e irmãos/pai. mãe e agregados	36	10	28
Sogra, sogra e agregados/avó e agregados	8	—	5,5
Filhos/filhos e agregados	16	45	25
TOTAL	100	100	100

Tabela 5 Chefia da família (%)

	PACS	PSF	TOTAL
Entrevistada	17,0	19,0	36,0
Esposo	14,0	3,0	17,0
Pai	14,0	—	14,0
Mãe	8,0	3,0	11,0
Casal	8,0	6,0	14,0
Outros (tia, irmão, sogro)	8,0	—	8,0
TOTAL	69,0	31,0	100,0

A maioria das agentes afirmou ter alguma religião, com predominância de católicas, mas com um percentual significativo de protestantes, mais alto no grupo PSF, como se pode ver abaixo:

Tabela 6 Religião (%)

Religião	PACS	PSF	TOTAL
Católica	78	64	73,6
Protestante/Evangélica	22	36	26,4
TOTAL	100	100	100

A denominação protestante mais citada em ambos os grupos foi a Assembléia de Deus, com 56% das respostas. Apesar dos altos índices de pertencimento à religião, apenas 38% do total das agentes de saúde informaram frequentar a igreja semanalmente.

Por outro lado, quando se trata de participação em atividades políticas ou comunitárias, que muitas vezes envolve o trabalho em grupos religiosos, 70% das agentes de saúde informaram ter algum tipo de inserção na vida social e política da comunidade. A participação das mulheres em organizações comunitárias é um fenômeno crescente nas periferias urbanas do Brasil e, no caso específico das agentes de saúde, inseridas em um programa governamental que prevê mecanismos de participação e controle social, esta participação já era esperada. No capítulo 8 analisaremos melhor a articulação entre o trabalho como agente de saúde, o exercício da liderança na comunidade e o trabalho doméstico, denominada por algumas autoras como o “tríplo papel das mulheres nos processos de desenvolvimento”⁸. Remarcamos apenas que, no caso das agentes, o seu trabalho remunerado permite a implantação de uma política social que visa melhorar a qualidade de vida da comunidade, o que coincide com a sua atuação como liderança política.

⁸ Moser, Caroline

A predominância (44%) de participação política das agentes de saúde está na associação ou conselho de moradores, da qual elas participam principalmente na condição de associadas. O percentual de dirigentes de associação é maior no grupo das agentes ligadas ao PSF (20%) contra apenas 9% entre as agentes integradas ao PACS, seguramente pelo fato destas terem mais idade, tendo, portanto, experiência e tempo suficiente para a construção de seu papel de liderança. É pequeno o percentual de agentes com algum tipo de ligação com partidos políticos (8,3%), contudo quando tal ligação existe ela é atrelada a outros tipos de organização, seja associação de moradores e/ou grupos religiosos. Nenhuma das agentes comunitárias de saúde da amostra declarou participar de grupo de mulheres, embora, como veremos adiante, boa parte do seu trabalho seja voltado para as mulheres, seja em termos dos problemas tratados ou da relação estabelecida com o usuário que, neste caso, é majoritariamente uma usuária, com um perfil muito semelhante ao da agente de saúde.

Uma característica importante deste perfil, compartilhado pelas agentes de saúde, é o acesso aos meios de comunicação. Com 100% dos domicílios eletrificados, 20% das agentes de saúde possuem mais de cinco eletrodomésticos em casa e 14% possuem até oito. Entre estes, a televisão e o rádio ocupam lugar de destaque. A quase totalidade (97%) das mulheres entrevistadas assiste TV regularmente, com preferência por programas informativos/jornalísticos (38%) e programas de entretenimento, como novelas e filmes (34,4%). Há um pequeno diferencial com relação ao rádio, ouvido regularmente por 86% das agentes de saúde. Aqui, os programas mais citados foram os musicais (41,3%) e, mais uma vez, os informativos e jornalísticos (30,4%).

A busca por informações revela-se ainda através da leitura de jornais: 67% das entrevistadas lêem jornais, especialmente aos domingos. A leitura diária foi um tipo de resposta encontrado só no PACS (11%). As revistas não são lidas com muita frequência, 75% das agentes de saúde informam que lêem apenas raramente. Acreditamos que o custo das revistas se coloca como um dificultador para este acesso e isto pode ser confirmado quando constatamos que 70% das agentes não compram as revistas que lêem, percentual que sobe para 100% no grupo do PSF. Há uma

grande variabilidade nos tipos de revistas que são lidas pelas agentes de saúde, e mais uma vez as revistas informativas (Veja, IstoÉ e Manchete) aparecem com destaque (30,5%).

A escolaridade básica é um dos requisitos para a integração tanto no PACS quanto no PSF. Assim, todas as agentes de saúde ou já frequentaram a escola (72%) ou estão frequentando (28%). Entre as que já frequentaram a escola, 56% chegaram ao segundo grau, 80% das quais pertencem ao PACS, seguramente pelo fato de serem mulheres mais jovens, cujas oportunidades de estudo foram maiores do que para aquelas que têm mais de 35 anos. Parece haver um esforço de qualificação profissional por parte das agentes de saúde que se expressa na tentativa de conclusão do 2º grau por parte das que ainda frequentam a escola e também pelo acúmulo de cursos profissionalizantes, como veremos a seguir. Esforço mais significativo se for agregado às 44 horas de jornada de trabalho semanal como agentes de saúde e aos cuidados com a casa e com as crianças, que parece indicar um grande desejo de construção profissional e pessoal.

Com relação a cursos profissionalizantes, 61% das agentes de saúde informaram tê-los cursado. A maioria (59%) realizou apenas um curso. Há uma grande variação no tipo de curso realizado e, destes, apenas o curso de auxiliar de enfermagem, citado por 16% das agentes de saúde, se relaciona mais diretamente ao que desenvolvem atualmente. No grupo do PACS este foi o curso mais citado (22% das respostas) e, curiosamente, um dos menos citados pelas mulheres do PSF (8,4% das respostas). Os cursos citados pelas entrevistadas revelam um pouco das tentativas que mulheres com poucos anos de estudo fazem para ingressar no mercado formal. Por ordem decrescente, as agentes de saúde fizeram os seguintes cursos: auxiliar de enfermagem, datilografia, auxiliar de escritório, contabilidade, culinária, secretariado, corte e costura, artesanato, agente administrativo, recepção e computação.

Estes cursos, de fato, parecem ter possibilitado a realização de atividades remuneradas anteriores ao trabalho como agentes de saúde. Para apenas 22% das entrevistadas, o PACS ou PSF foi o primeiro emprego remunerado. As demais, também por ordem decrescente, estiveram empregadas no setor de serviços como: comerciárias,

vendedoras, artesãs/costureiras, auxiliares de enfermagem, serventes, domésticas, manicure e feirante. Considerando o perfil destas atividades, possivelmente realizadas no próprio município de Camaragibe, onde as remunerações são inferiores a centros maiores, não foi surpresa constatar que 40% das agentes de saúde recebiam até meio salário mínimo, enquanto que a mesma proporção recebia entre um e dois salários mínimos. Apenas duas entrevistadas recebiam de dois a três salários mínimos. Vale lembrar que muitas das atividades eram exercidas informalmente, com caráter temporário, algumas realizadas na própria residência das mulheres. O trabalho como agente de saúde, portanto, aparece como uma alternativa no mínimo interessante na trajetória profissional destas mulheres.

Das agentes de saúde entrevistadas, 83,5% realizam esta atividade há mais de um ano e 91% das mesmas receberam treinamento antes de iniciar suas atividades nos programas e todas foram selecionadas através de concurso público, recebendo supervisão regularmente. Este é um trabalho remunerado e de caráter mais permanente, já que é uma ação governamental e que, no caso de Camaragibe, vem sendo avaliada positivamente pelos órgãos implementadores. A remuneração das agentes de saúde é diferenciada porque algumas delas, pertencentes ao PACS, recebem meio salário mínimo a mais, pago pela Fundação Nacional de Saúde, por ações no combate à dengue (é importante observar que está é uma remuneração temporária). Por conta disso, 52% das agentes recebem um salário mínimo e 48% recebem um salário mínimo e meio. A grande maioria (80%) das agentes comunitárias de saúde não realizam outras atividades remuneradas e, daquelas que realizam, 72% recebem em média até meio salário mínimo por esta outra atividade. Apenas 19,5% das agentes informaram receber benefícios (aposentadorias e pensões), cujos valores estão entre 2 e 3 salários mínimos. É o seguinte o quadro de rendimentos totais das agentes de saúde:

Tabela 7 Rendimentos, em salários mínimos (%)

	PACS	PSF	TOTAL
Classe de rendimentos			
Até 1	22,0	25,0	47,0
De 1 a 2	44,0	6,0	50,0
De 2 a 3	3,0	—	3,0
Total	69,0	31,0	100,0

A renda familiar informada pelas agentes apresenta uma ligeira elevação neste quadro, com 33% das famílias nas faixas de 1 a 3 salários mínimos, 50% na faixa de 3 a 5 salários mínimos e 16% na faixa de mais de 5 salários mínimos. Mas há diferenças com relação aos dois programas:

Tabela 8 Renda média familiar (%), em salários mínimos

	PACS	PSF	TOTAL
Classe de rendimentos			
Até 1	—	3,0	3,0
De 1 a 2	5,5	5,5	11,0
De 2 a 3	8,2	14,0	22,2
De 3 a 5	44,3	5,5	49,8
Mais de 5	11,0	3,0	14,0
Total	69,0	31,0	100,0

Parte significativa desta renda (35%) é composta por aposentadorias de outros membros da família. Apenas 14% das agentes não contribuem para o orçamento doméstico, utilizando a sua renda para despesas pessoais. Entre as que contribuem, 62% o fazem com todo o seu salário, com uma variação importante entre os dois programas: 70% das agentes ligadas ao PSF colocam todo o seu rendimento no orçamento familiar contra apenas 57% daquelas ligadas ao PACS. Apesar disso, é no PSF que encontramos o maior percentual de filhos que trabalham (27,5% contra 3% no PACS), provavelmente com rendimentos baixos.

Como na maioria das famílias brasileiras de baixa renda, o percentual de contribuição dos familiares no orçamento doméstico é elevado (75%), sem diferenças significativas entre os dois grupos. Tanto no PACS quanto no PSF todos os maridos, filhos e pais e a maior parte dos irmãos que trabalham ou têm algum rendimento contribuem no orçamento doméstico, geralmente com todo o seu rendimento. O mesmo não se aplica às mulheres da família, apenas as mães contribuem na maior parte dos casos. Há, no entanto, um percentual elevado de pessoas desempregadas (44%), em 72% dos casos por um período superior a um ano. Em ambos os grupos, os desempregados são homens: irmãos, entre as agentes do PACS e filhos, entre as do PSF. E aqui podemos pensar que as mulheres desempregadas das família podem não ser vistas como desempregadas, já que não se espera que elas estejam empregadas.

A Vida e a (não) Profissão das Agentes Comunitárias de Saúde em Camaragibe

*“Eu não sou mais uma pessoa comum na minha comunidade”
“Sabe, eu nem sei, porque tem uns que diz que é, outros diz que não é... eu acho que é bastante importante”*

O cotidiano de trabalho das ACS de Camaragibe começa às 8 horas da manhã e se estende até 18 horas (nas áreas rurais o expediente da tarde começa às 13:00 e termina às 17:00). O número de casas visitadas é muito variável, indo de quatro a quinze visitas por dia, embora o recomendado nos documentos do programa sejam oito visitas diárias. Os motivos desta variação são de origem diversas, desde as distâncias percorridas até o fato de que as agentes do PACS que estão envolvidas no combate à dengue têm que dedicar quatro horas diárias a estas ações. O tempo de cada visita é também diversificado, pois está na dependência da situação que encontram em cada domicílio. Contudo, de modo geral, o tempo mínimo da visita é 10 minutos e o máximo 1 hora e meia.

A maior parte das agentes entrevistadas afirmam que percorrem diariamente grandes distâncias (todo trabalho é realizado a pé), contudo, apenas duas delas, que trabalham em área rural, têm uma idéia aproximada dos quilômetros percorridos. Neste caso o máximo de distâncias citados entre um domicílio e outro foi 10 quilômetros. O material de trabalho das agentes se resume a três cadernos de anotações — confirmação da visita, controle das vacinas e observações de rotina —, cartilhas de plantas medicinais e colher-medida do soro caseiro. Algumas delas citaram ainda panfletos, capa e bota de chuva, bata e bolsa.

Com relação aos motivos que levaram estas mulheres a serem agentes de saúde, a ligação com a comunidade parece ser um dado muito importante, sendo inclusive mais frequente nas respostas do que questões de ordem financeira ou desemprego. Nesse sentido, as motivações das agentes de saúde coincidem com os critérios de seleção de agentes indicados nos documentos do PACS e mostram o acerto do requisito “liderança ou participação comunitária” para a composição do perfil da ACS. De fato, as mulheres lideranças comunitárias não apenas possuem um vasto conhecimento da área e seus problemas e, portanto, sabem que políticas sociais e ações governamentais são necessárias, como, sobretudo, são mulheres que já são referências para a comunidade em muitas das questões de saúde tratadas pelo PACS.

“Porque já trabalhava na comunidade, sempre gostei de ajudar as pessoas mais próximas, já fazia esse trabalho sem compromisso nenhum, era o pronto socorro da rua.” (ACS/PACS)

“Porque eu gosto de trabalhar com a comunidade e já fazia esse trabalho antes de ser agente de saúde.” (ACS/PACS)

O trabalho como ACS aparece como um prolongamento de sua atividade comunitária, só que remunerada e supervisionada, o que indica uma melhoria nas condições de sua ação. Não é de estranhar, portanto, que o PACS seja bem vindo na vida dessas mulheres, tanto pela qualificação do seu trabalho político quanto pelo teor que apresenta de ser um direito já reivindicado pela comunidade e agora finalmente atendido.

“Escolhi sem saber exatamente o que era (...), porque também ajudar na comunidade é interessante; quando começamos a trabalhar vemos que a realidade é outra, hoje trabalho mais porque gosto, do que pelo dinheiro, é muito bom a gente se sentir útil, é muito produtivo.” (ACS/PSF)

“Eu já gostava de trabalhar com a comunidade, associações de bairro; agente de saúde faz mais benefício para a comunidade.” (ACS/PSF)

A menção ao desemprego como motivo para ser ACS foi mais frequentemente encontrada nas mulheres mais jovens e, algumas vezes, esteve associada a uma total desinformação sobre o que consistia esse trabalho:

“Antes de ser agente aqui eu era da LBA, quando surgiu a oportunidade e ainda mais sendo remunerado — eu tava desempregada — juntei o útil ao agradável.” (ACS/PACS)

“No começo eu não sabia o que era, na inscrição não dizia, quando fui me disseram que era para trabalhar na comunidade. Tava procurando emprego.” (ACS/PACS)

“Não sabia nem mesmo o que era ser ACS, vi o anúncio numa igreja e fui também porque tava procurando emprego.” (ACS/PACS)

Não nos parece possível determinar com clareza o quanto a importância de ajudar a comunidade é um fator que influencia a aceitação, não sem críticas como veremos posteriormente, das condições muitas vezes difíceis de trabalho. Entretanto, a idéia de vocação, que se esteia na força dos valores da abnegação e dedicação ao próximo/a, está presente nessas falas e isto é um dos elementos conformadores da dinâmica das relações de gênero no que diz respeito à inserção de homens e mulheres no mundo do trabalho. A forma como mulheres e homens são socializados e as expectativas em torno do que cada um/uma deve ser, faz com que para as primeiras o outro — seja os filhos/as, maridos e até mesmo a comunidade — seja frequentemente colocado em primeiro plano em detrimento das suas próprias aspirações,

necessidades e desejos. Assim, para mulheres com baixo grau de escolarização e, portanto, reduzidas possibilidades de inserção e mobilidade no mercado formal de trabalho, atividades comunitárias — remuneradas ou não — parecem ser ao mesmo tempo a alternativa possível e adequada às suas condições. Curiosamente, a vocação para cuidar dos outros sofre, neste caso, um deslocamento não problematizado pelas ACS: para cuidar da saúde da comunidade elas abrem mão dos cuidados com os seus filhos e filhas. Os filhos e filhas das ACS geralmente ficam sozinhos em casa quando as mães vão trabalhar, a maior parte delas afirma que eles já são crescidos e têm um irmão ou irmã mais velho/a que toma conta dos menores. Este arranjo é, portanto, aceito com tranquilidade e não parece afetar a vocação. Pelo contrário, a reafirma, pois em lugar de cuidar de poucos, elas agora cuidam de todos, o que re-significa positivamente o seu trabalho.

Um elemento de valorização do trabalho como ACS é o conhecimento e saber que a atividade lhes traz, que lhes propicia distinção em relação às demais pessoas de suas comunidades. Esta distinção articula dois outros processos: a elevação da autoestima das mulheres, sabidamente reduzida quando limitada à vida doméstica, e a ampliação do poder na comunidade, com reverberações para a vida privada.

“Mudou foi o conhecimento, ampliou meu conhecimento e mais compromisso com a comunidade, o dinheiro ajuda entre aspas”. (ACS/PACS)

“Mudou muita coisa, gratificação, mais amizade, antes só era conhecida ao redor, agora me sinto mais importante, o pessoal já confia mais em mim; ajudar o próximo é muito bom.” (ACS/PACS)

O fato de que as agentes de saúde aumentam o seu ciclo de amizades é outro fator que positiva o exercício deste trabalho e que nos surpreendeu por ter aparecido com tanta frequência. O isolamento sofrido pelas mulheres que não trabalham fora de casa é uma referência muito constante entre mulheres rurais, geralmente isoladas de outras comunidades e dos centros urbanos em função das grandes distâncias. Não esperávamos que mulheres residentes em áreas urbanas e, portanto, com maior possibilidade de deslocamento e inserção em outras esferas além da domés-

tica, valorizassem tanto o trabalho fora de casa como uma forma de ampliar os limites concretos de suas vidas, como podemos ver a seguir:

“Mudou tanta coisa, o laço de amizade, conheci tanta gente, vi que meu trabalho era importante, me sinto bem”. (ACS/PACS)

“Mudou para melhor, convivo mais com os outros, conversar, receber e dar informações. Eu era uma pessoa só de dentro de casa.” (ACS/PACS)

“Mudou muita coisa, o relacionamento com as pessoas, as diferenças entre elas, o que agente aprende. Dá muita humanidade, as pessoas são muito carentes; não somos agentes, somos amigas das pessoas.” (ACS/PSF)

“Conheço muita gente, as 250 famílias que atendo são minha família, trato como se fosse minha família, sei tratar, entender a pobreza” (ACS/PACS)

O trabalho como agente comunitária de saúde é um dos exemplos mais concretos da ambivalência, muitas vezes perversa, da inserção das mulheres no mundo público, especialmente em comunidades carentes. Por atuarem para além do espaço doméstico e terem uma série de conhecimentos que as demais mulheres da comunidade não têm as ACS se avaliam de modo mais positivo comparativamente às demais. Contudo, dada a natureza do trabalho e a estrutura das relações de gênero, elas terminam por levar para sua ação pública os valores e comportamentos tradicionalmente considerados como do privado, tornando a comunidade uma extensão e ampliação de suas famílias.

Neste sentido, o formato e as características do PACS, seja em seu formato original, seja no modelo PSF, não gera mudanças nos lugares e valores que marcam a vida de homens e mulheres. Quando muito, podemos dizer que a saída das mulheres como agentes de saúde para o espaço público não se deu através do reconhecimento das mesmas enquanto trabalhadoras ou sujeitos políticos — que é o que caracteriza tal esfera — mas sim tornou este espaço uma continuidade de todas as responsabilidades que elas já tinham, e ainda têm, no espaço privado. Mesmo o

fato de a liderança política ser valorizada como requisito para a inserção das mulheres nos programas, tem seu significado deslocado: a agente de saúde não é o sujeito de direitos, formuladora de propostas ou interlocutora de outros sujeitos políticos, mas sim a força de trabalho que, em função de sua representatividade política, facilita a entrada e a ação do “sujeito governamental” junto a populações que, de outro modo, poderiam lhes ser hostis. Lembremos mais uma vez a natureza e os conteúdos das atividades das agentes comunitárias de saúde: visitas domiciliares, contato direto com a vida familiar da usuária e inclusão de temas cercados por resistências morais, como sexualidade, reprodução e cuidados com as crianças.

Todo esse processo se concretiza na questão das relações de trabalho e da profissionalização, ou melhor dizendo, da não profissionalização das agentes comunitárias de saúde.

Grande parte das agentes comunitárias de saúde, tanto do PACS como do PSF, afirmam que suas relações com a Secretária Municipal de Saúde em suas várias instâncias, é boa e sem maiores entraves. Apenas as agentes que estão lotadas em áreas mais distantes reclamam um pouco da falta de informações. A mesma avaliação positiva se dá com relação ao trabalho do/da supervisor/a, principalmente por elas considerarem que estes/as lhes propiciam a segurança necessária para o desenvolvimento de suas atividades. Contudo, duas opiniões de diferentes ordens apontam algumas dificuldades nestas relações:

“Com a equipe é tudo ótimo; só queria que mudasse um pouco, que continuasse a dar aulas, que voltasse. No encontro semanal não é aula, é só para notificar, vê o que a gente faz; a gente tem que aprender mais coisa ainda. Como a gente vai passar para o povo se a gente não sabe de nada?”(ACS/PACS)

“Antes do posto a gente dava mais atenção à comunidade, conversava mais. Agora tem que passar aqui para saber se a gente tá ou não trabalhando. Sinto que não confiam tanto na gente, vigiam demais. Isso também atrapalha porque os moradores também perdem a confiança. Falta material para auxiliar nas dúvidas. Os profissionais de saúde mais diretos [próximos], não confiam muito

na gente, é como se fôssemos agentes de saúde, acham que a gente deve fazer o que eles acham. Eles quando vão nas casas inibem as pessoas e não trabalham muito tempo as visitas, não conversam direito com as pessoas. Me inibe também um pouco na maneira de falar, na liberdade de falar.”(ACS/PSF)

Com relação à primeira, ela merece destaque na medida em que revela que a educação continuada em realidade tem se restringido ao controle e acompanhamento da situação de saúde da comunidade sem que as agentes obtenham mais conhecimentos que lhes permitam uma maior segurança e independência.

A segunda fala toca em questões mais profundas, mas que se articulam diretamente com a questão do conhecimento como fonte de poder, indicando ainda que, se o PSF significa uma substancial melhoria de vida para a comunidade, em função da presença de profissionais de nível superior — “detentores” de saber e poder — é um programa que termina por acarretar uma diminuição do prestígio, liberdade e, portanto, da auto-estima das agentes de saúde, até então valorizadas no PACS. É como se o PSF lhes retirasse a ascensão social que o PACS lhes trouxera.

Isto se confirma em algumas outras respostas dadas pelas agentes quando pedimos para comparar a estrutura tradicional do PACS com o modelo PSF:

“A comunidade precisa de mim para orientar, encaminhar, mas o médico é quem vai cuidar deles. O PSF é muito importante para mim e para a comunidade, o enfermeiro faz uma visita todo mês em cada casa. Quando era PACS era mais inseguro, porque não tinha ninguém para ajudar, tínhamos de dar conta de tudo, era muito afastada a supervisão, só que a gente trabalhava só e fazia muito mais, mobilizava mais, dava mais curso, dava mais liberdade, a gente sabia o que o pessoal precisa. Como agora tem médico e enfermeiro ficamos meio sem pique, meio em segundo plano.” (ACS/PSF)

“Para a gente, trabalhar sozinha é melhor porque não tem ninguém enchendo o saco, mas para a comunidade é melhor por causa dos médicos que vai na casa, facilita. Mas depende do entrosamento da equipe, tem vez que a médica

esculhamba, bota prá baixo. Elas só trabalham em cima do que a gente faz, enquanto a gente ganha R\$ 100,00 os profissionais de nível superior no PSF ganham R\$ 2.000,00.” (ACS/PACS)

Estas falas indicam claramente o quanto o lugar da ACS termina por se configurar como um lugar menor e menos valorizado dentro do programa. É como se a presença mais próxima dos/as profissionais de nível superior lhes devolvesse ao lugar de sempre, sem saber nem poder, voz ou ação, apagando a distinção que lhes era tão cara e reforçando um campo de tensão que expressa as contradições e perversidades da forma como são estruturadas as políticas de saúde no Brasil.

Neste sentido, a observação de Ríos (1993) sobre o significado da saúde, torna-se pertinente: “del conjunto de las necesidades humanas fundamentales, la salud constituye un importante satisfactor relacionado con las formas de ser, el tener, el hacer y el estar. E, asimismo, un satisfactor sinérgico que no solo contribuye a satisfacer las necesidades humanas fundamentales de la subsistencia y protección como tradicionalmente se conciben, sino que, además, tiene la capacidad de potenciar la satisfacción de otras necesidades fundamentales como la creación, la identidad y la libertad”.

A não profissionalização das agentes comunitárias de saúde é um forte campo de tensão identificado com clareza por nossas entrevistadas. Quando perguntamos se elas consideravam o que faziam uma profissão, a maioria respondeu afirmativamente. A responsabilidade, o cumprimento de horários, a remuneração e os resultados positivos do trabalho são, para as agentes de saúde, os elementos constituintes da sua profissão. A ausência de regulamentação é indicada como um problema, mas não é compreendida como fator de “desprofissionalização” da atividade. Não sem razão, comparam o seu trabalho com o da professora e o da auxiliar de enfermagem, revelando um entendimento claro a respeito das ações educativas na área de saúde preventiva.

“Porque se não fosse uma profissão eu não tinha tanta responsabilidade. Não é uma profissão que é reconhecida como devia ser, porque ela dá muito resultado.” (ACS/PSF)

“Eu acho que é como outra qualquer, só porque não é determinada por lei é diferente? Se varrer rua é profissão porque agente de saúde não é?”
(ACS/PSF)

“Acho que é uma profissão porque quando começamos a entrar na casa do comunitário tamos trabalhando desde o portão, observando uma higiene, ensinando, dando informação. É igual ao auxiliar de enfermagem, porque se ele tem o conhecimento médico, nós temos o conhecimento da ação básica.”
(ACS/PSF)

“Acho que sim, trabalha com educação igual a uma professora, ensina a dar mais importância a tua vida, a saúde.” (ACS/PACS)

“É uma profissão, a gente é a base, é quem tá no dia-a-dia. O que a comunidade sofre a gente sabe, é à gente que a comunidade recorre quando está doente, sabe onde é a casa da gente, procuram a qualquer hora.” (ACS/PACS)

O fato de serem referências para a resolução dos problemas que ocorrem em suas áreas é um elemento que se traduz num incremento da valorização de si mesma, mas é esta mesma situação que acarreta um aumento da sobrecarga de trabalho e do estresse daí advindo. As críticas das agentes de saúde não se dirigem à comunidade, mas sim aos programas que, segundo elas, não as remuneram de acordo com o volume de trabalho que executam e não lhes garante direitos trabalhistas. As agentes comunitárias de saúde não têm carteira profissional assinada e, portanto, não têm direito a férias, décimo-terceiro salário ou licença-maternidade, além de outros benefícios garantidos aos trabalhadores e trabalhadoras. É um grave paradoxo que as promotoras da saúde, e também da cidadania, em comunidades carentes, não tenham por seu turno os mesmos direitos que os/as demais trabalhadores/as.

Além disso, parece haver problemas no próprio planejamento do trabalho, que não incorpora formalmente algumas ações realizadas pelas agentes de saúde, como o transporte de pessoas doentes para unidades de saúde de Recife. Quando isso acontece, as agentes de saúde providenciam o transporte, pagam por ele e, como qual-

quer profissional de saúde, podem vir a trabalhar a qualquer hora do dia ou da noite sem que, para isso, recebam o pagamento pelas horas-extras. O não cumprimento dos horários de trabalho acontece até mesmo em ações programadas, como é o caso das campanhas de vacinação, indicando que, a despeito das tentativas de formalização da atividade de agente de saúde, ainda há um forte componente de trabalho voluntário nas suas ações.

“A gente ganha um salário mínimo, é muita exploração! Saímos muito da área para levar as pessoas ao médico. Quando a gente leva a pessoa a gente paga a passagem do próprio bolso, quando vai para Recife fazer exame. Termina por ficar muito estressada, é muita exploração!”. (ACS/PSF)

“Eu adoro o que faço, mas quando acontece, por exemplo, um acidente fora do horário, a gente se desdobra de trabalhar. Tem gente na área que eu trabalho que não sabe de nada, onde é os canto. Trabalhamos muito, sai de casa cedo para ir a Recife e não tem hora extra. No dia da vacinação não paramos nem para almoçar.” (ACS/PACS)

As agentes de saúde reconhecem a importância dos programas e o quanto vêm sendo valorizados enquanto estratégias de ampliação da cobertura dos serviços públicos de saúde e revelam, em suas falas, a contradição entre programas de bons resultados para a comunidade que não necessariamente se traduzem em vantagens ou aquisição de direitos para quem os implementa.

“É um trabalho muito bom para a prefeitura, para o presidente, o ministério, a gente é garoto propaganda deles, mas não ganhamos nada.”(ACS/PSF)

“Acho engraçado que na prefeitura trabalha só um expediente e tem todos os direitos, a gente trabalha oito horas e não tem! Não tem benefício a nada, nem ficha de saúde a gente consegue tirar sem fila! A gente podia ter pelo menos um benefício na saúde, já que a gente trabalha nela!”. (ACS/PACS)

Esta última frase retrata com clareza alguns dos impactos deste tipo de política na saúde e na vida das ACS: muita responsabilidade, sobrecarga de trabalho — além da saúde da comunidade estas mulheres são as produtoras da vida de suas famílias (contribuem no orçamento doméstico, realizam os trabalhos da casa) — nenhum benefício trabalhista e prejuízos à própria saúde. As agentes de saúde, com o seu trabalho, ampliam as ações básicas de saúde, mas como mulheres residentes em periferias urbanas continuam excluídas do sistema público de saúde nos seus níveis superiores. A tensão entre o nível estrutural do SUS e os programas verticalizados, como o PACS e o PSF, revela-se aqui com toda a sua força.

Estas reflexões nos levam a questionar as noções de saúde pública e assistência à saúde que são efetivamente consideradas na formulação dessas políticas, que terminam por construir uma cidadania onde quem contribui para a sua promoção fica de fora dos seus benefícios, com um reconhecimento mínimo enquanto sujeito político e social. Veremos a seguir que esta é uma questão também relevante quando analisamos as ações do PACS e do PSF com relação às suas beneficiárias.

Pode-se viver “miseravelmente bem”? O PACS e seus impactos na vida das mulheres

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde tem como objetivo central estender a cobertura do sistema público de saúde para as populações rurais e de periferia urbana, priorizando as ações materno-infantis. Ou seja, é um programa que tem como população alvo camadas excluídas social e economicamente. Contudo, sua estrutura está fincada em ações informativas e educativas de caráter eminentemente preventivo, o que só leva à ampliação da cobertura de modo bastante periférico, provocando reduzidas modificações na forma como atualmente está organizado o sistema público de saúde.

Estas modificações se fazem presentes com maior ênfase no Programa Saúde da Família. A existência de unidades de saúde com médicos/as e enfermeiros/as nas comunidades, associada às visitas mensais que o/a enfermeiro/a realiza em cada domicílio de sua área, amplia de fato a cobertura do sistema público de saúde, incluindo estas populações de forma digna, que se traduz em qualidade de vida. Os

benefícios do PSF são reconhecidos pela grande maioria das agentes de saúde, mesmo aquelas que ainda não estão inseridas no programa. Para as ACS, o Programa Saúde da Família traz vantagens não apenas para a comunidade, como também favorece em alguns aspectos o seu trabalho, notadamente no que se refere ao encaminhamento dos casos assistidos pelas agentes de saúde para o/a médico/a. O PSF traria, segundo as agentes de saúde, resolutividade para as ações desenvolvidas no âmbito dos dois programas.

“Melhora muito, moro numa área que tem PSF, o médico, as vacinações não faltam.” (ACS/PACS)

“O PSF é muito melhor, a gente faz o serviço da gente e a unidade complementa, encaminha.” (ACS/PACS)

“É uma diferença enorme, o médico vai na residência, não tem dificuldade de marcar a ficha, o ACS vai e marca, a família é realmente assistida.” (ACS/PACS)

“Com o PACS tinha a desvantagem de não ter supervisão por perto, não tinha com quem contar, só via uma vez por semana, não visitava todas as casas. No PSF não, se eu sair e encontrar um caso já tem o médico, o enfermeiro, não tem desvantagem.” (ACS/PSF)

“Com o PACS a gente só podia desenvolver as ações. No PSF a gente dá mais assistência, dá mais segurança, facilita uma pra outra, para a comunidade e para a agente. Gosto mais do PSF, é melhor.”(ACS/PSF)

As ações educativas do PACS, principalmente no que se refere ao controle das vacinas e o combate a desidratação infantil através do soro caseiro, têm apresentado resultados positivos. No tocante à primeira ação, pesquisa realizada pela Fundação Nacional de Saúde nos estados do Nordeste constatou que 49,2% das crianças menores de cinco anos cuja família recebeu a visita do ACS, estão com a vacinação em dia, percentual que cai para 41,7% no grupo que não recebeu a visita. O mesmo se dá com relação a reidratação oral, pois 46,7% das crianças com menos de cinco

anos que tiveram diarreia e são cobertas pelo programa tomaram o soro caseiro, enquanto que apenas 33,9% das crianças que viveram a mesma situação mas não são visitadas pelos/as ACS receberam este tipo de reidratação. As agentes de saúde de Camaragibe confirmam os bons resultados destas duas linhas de ação:

“Me orgulho de ter todas as minhas crianças com vacina em dia.” (ACS/PSF)

“Foi a reidratação oral, as mães eram muito relaxadas(...) não há atraso na cobertura vacinal, já sabem direitinho reidratar sem precisar da gente.” (ACS/PACS)

“Hoje os postos não são lotados porque as mulheres já sabem resolver em casa.” (ACS/PACS)

Enquanto política social, no entanto, o PACS mantém a setorialização que historicamente tem caracterizado a formulação destas políticas no Brasil, na medida em que trabalha as questões de saúde de forma pouco articulada com os contextos mais amplos da dinâmica sócio-econômica. Com isto temos que o conceito de saúde que sustenta esse programa parece se restringir às formulações que consideram a saúde apenas como ausência de doenças, diferentemente das proposições da reforma sanitária onde a saúde está diretamente articulada à qualidade de vida. No caso de Camaragibe, as áreas cobertas pelo PACS são completamente carentes de benefícios infra-estruturais, principalmente no que se refere a saneamento básico. A própria avaliação realizada pelo Ministério da Saúde (1994) reconhece este fato, que foi também bastante enfatizado pelas agentes de saúde que entrevistamos. A grande maioria das agentes de saúde (89%) indicou a ausência de saneamento básico como o principal problema existente na sua comunidade, fato confirmado por nós em visitas de observação às áreas de cobertura dos dois programas. Em uma das unidades do PSF que visitamos havia um esgoto que corria a céu aberto exatamente na entrada da sala, o que, sem dúvida, compromete a eficácia de qualquer ação de saúde preventiva, pela exposição continuada da população às contaminações provenientes da ausência de higiene. As agentes de saúde têm consciência desta enorme limitação para o seu trabalho:

“Não tem saneamento, não adianta muita coisa ser ACS, ter posto, se o esgoto corre a céu aberto (...) as crianças ficam soltas, pegam verminoses.”
(ACS/PSF)

“Saneamento básico, o povo fala muito do esgoto, por que botar agente de saúde para conversar se esse esgoto fica aí, esse lixo? Eles reclamam, dá problema de doença.” (ACS/PACS)

Em que pese as modificações efetuadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe ao introduzir o PSF, estas não acarretaram o fim da setorialização, provavelmente por esta ser uma questão diretamente ligada aos níveis de atribuições político-administrativas que conformam a organização do Estado brasileiro, em que ações de âmbito municipal dificilmente reverberam para os níveis mais altos, no sentido de ampliar as mudanças aí operadas. Além desta desarticulação que leva, em muitos casos, à ineficácia dos programas propostos, as políticas sociais no Brasil possuem um traço perverso no modo como os seus benefícios são distribuídos, pois como afirma Nunes (1993) “existe a condição cidadã dos que vivem bem situados no mercado de trabalho e no espaço urbano e que dispõem de obras e serviços estatais sem outra contrapartida que o imposto, e existe também a situação dos outros, de cuja boa vontade depende a realização das políticas sociais. Apresenta-se portanto, uma separação brutal que afeta diretamente a idéia que se tem de cidadania e as expectativas em relação ao papel do Estado”.

O PACS é, para nós, um exemplo concreto do exposto por Nunes, acrescido ainda da inflexão de gênero que se associa à classe social. Estamos falando aqui da estrutura das relações de gênero que demarca lugares, valores, poder, reconhecimentos e desconhecimentos distintos para mulheres e homens. A formulação do PACS, bem como seus objetivos e prioridades, deixa claro que são as mulheres o grupo para o qual o programa se dirige não só enquanto beneficiárias das ações, mas principalmente como responsáveis pela execução das mesmas. Essas mulheres são consideradas como sendo primordialmente, e acima de tudo, mães, o que faz com que as ações materno-infantis sejam privilegiadas.

Das 19 ações listadas na Avaliação Qualitativa do PACS (1994) que devem ser desenvolvidas pelos/as ACS, oito delas se enquadram na categoria materno-infantil (promoção do aleitamento materno, tratamento de diarreias/uso do soro, imunização, monitoramento do crescimento, acompanhamento do desenvolvimento, higiene corporal, orientação do pré-natal e orientação da consulta pré-parto), quatro são de saúde reprodutiva (orientação para o exame de prevenção do câncer de colo, orientação para o auto-exame de mama, planejamento familiar e orientação para o controle de DSTs) e as demais estão relacionadas a melhorias na comunidade, controle de epidemias e tratamento de doenças infecto-contagiosas como hanseníase e tuberculose. Como se vê, este programa é voltado para as mulheres e executado pelas mulheres, com um fortíssimo componente de mudança de atitude e comportamento por parte da usuária, que leva, num raciocínio perverso, a que a própria usuária se torne finalmente responsável pela eficácia do programa. Não por acaso, este tipo de raciocínio está presente na fala das agentes de saúde:

“As mulheres estavam dentro de casa, não sabem muita coisa que é para fazer, muitas sabem que é para fazer a prevenção, mas não cuidam da casa, dos filhos e não cuidam delas, aí a gente orienta.” (ACS/PACS)

“De bom mesmo foi a orientação das mães, que elas não tinha, a vacina mesmo elas não sabia, não sabia o que era plantas medicinais, as mãe jovens não sabiam.” (ACS/PACS)

O caso do aleitamento materno é exemplar. Repete-se na fala das agentes de saúde o que encontramos em todas as campanhas de aleitamento materno, em que, de acordo com Ávila (1997), este é visto como um ato individual, de responsabilidade da mulher. O aleitamento é um direito de todas as crianças e deveria ser uma prática digna e prazerosa para todas as mulheres, mas as campanhas de sensibilização, bem como as ações das agentes de saúde, instrumentalizam o ato de amamentar, utilizando-o apenas como fator de redução da mortalidade infantil, em que todos os custos da amamentação recaem sobre a mulher. Em nenhuma destas ações se coloca a construção de possibilidades concretas para que as mulheres amamentem em condições razoáveis, para além dos quatro meses de licença maternidade. E se, por

qualquer motivo, a mulher não amamenta, é culpabilizada e torna-se responsável tanto pelo comprometimento da saúde de sua criança como pela redução da eficácia das ações governamentais. Este quadro é bem descrito pelas agentes de saúde:

“Não acreditam na importância [do aleitamento], acha que o leite é fraco, salgado. Fico muito cansada toda vez que tenho que falar sobre aleitamento materno; mas está melhorando, 70% já está aceitando mais, as mães jovens é mais difícil de aceitar.” (ACS/PSF)

“Aleitamento, porque a maioria são doméstica, trabalham fora de casa, e inventam uma série de desculpas para não ter que tirar o leite para guardar.” (ACS/PSF)

Como afirma Ríos (1993) “la falta de visibilidad y valoración social y económica del trabajo de la mujer en el hogar conduce a una falsa evaluación de su tempo disponible y crea expectativas desmedidas con respecto a sus posibilidades de participación en el desarrollo de la salud comunitaria. Desde este ángulo la participación comunitaria en salud, mas que propiciar formas equitativas de responsabilidad social frente la salud colectiva, resulta en un mecanismo que reproduce e perpetúa la asignación social de funciones de acuerdo con el sexo de los individuos”.

A ausência dos homens enquanto usuários ou responsáveis pela sua saúde ou de sua família é uma forte característica do PACS. Não há, neste programa, nenhuma linha de ação específica para os homens, como se a sua saúde ou doença fosse apenas determinada pelos processos de trabalho e não pelas várias dimensões da vida cotidiana. Por outro lado, o cuidado com as crianças, com a higiene, com a alimentação é considerado como exterior ao seu universo, totalmente fora do seu alcance e responsabilidade. Isto faz com que as agentes comunitárias de saúde tenham raríssimos contatos com os homens de suas comunidades.

“Os homens dão pouca atenção, são muito afastados.” (ACS/PACS)

“A gente conversa mais com as mulheres porque encontra mais elas em casa, os homens tão trabalhando.” (ACS/PACS)

“A gente não conversa muito porque a maioria trabalha. Na minha área teve uma reunião para calçar a rua e só tinha homem e eu de mulher, eles não sabiam o que era ACS.” (ACS/PACS)

Este foco nas mulheres traz consequências para a própria eficácia das ações desenvolvidas pelas ACS. No caso das ações voltadas para a saúde materno-infantil, estas consequências são menores, já que o alvo da ação ou é própria mulher ou a criança, com a qual quem se relaciona diretamente é a mulher. Mas quando se trata de saúde reprodutiva, onde o que está em jogo é o casal, a eficácia do programa nos parece bastante duvidosa. A relação entre homens e mulheres está marcada pela desigualdade de poder, se expressando com força invulgar no interior do casamento e especialmente no campo da sexualidade e da reprodução. Nestas esferas, o poder de negociação e decisão das mulheres é bastante reduzido e, quando aparece, é geralmente através de estratégias que ignoram a opinião masculina, como nos casos em que a mulher faz contracepção ou toma chás abortivos sem revelar ao marido. No entanto, as agentes de saúde tratam de contracepção e prevenção de DSTs/AIDS com as mulheres, na intenção de que sejam as mulheres as responsáveis pela mudança de comportamento dos homens e, mais uma vez, pela introdução de novas atitudes e comportamentos no interior da família.

“É mais difícil a gente encontrar eles em casa, mas converso, só fico aca-nhada de falar de sexo, camisinha, prevenção, a gente conversa com elas e elas passam para eles”. (ACS/PACS)

A avaliação do PACS indica que houve aumento do uso de contraceptivos entre os/as usuários/as, mas não se refere especificamente ao uso do preservativo como modo de prevenção de DSTs e AIDS. Parece-nos bastante duvidoso que uma ação unilateral a respeito de temas delicados para o casal esteja sendo eficaz. Atualmente, o grupo populacional que apresenta o maior índice de crescimento dos casos de contaminação por HIV é o das mulheres casadas, que tiveram apenas um único parceiro sexual e que, portanto, foram contaminadas pelos seus maridos. A AIDS é um caso extremo que demonstra o quanto as mulheres têm pouco poder de decisão e negociação quanto à prevenção de DSTs no interior do casal; é mais expressivo

pelo fato de, neste caso, o preservativo ser um método masculino. Mas observa-se o mesmo fenômeno na prevenção de outras DSTs, onde toda a ação é dirigida às mulheres, que não conseguem fazer com que seus maridos se tratem e, por isso, são constantemente recontaminadas. Além disso, como se vê acima, as próprias agentes de saúde apresentam resistências para falar sobre estes temas com os homens e, curiosamente, resistem até a incluir os homens nos temas que são tratados com as usuárias, como diz uma ACS do PSF:

“Tem quando a gente tenta conversar sobre prevenção de DSTs que elas não conhece; a gente diz o nome do remédio, mas não diz que foi o marido que passou para não dá problemas.” (ACS/PSF)

Esta fala nos parece bastante característica da forma como a dinâmica das relações de gênero interfere na saúde e na vida das mulheres, pois nela está pressuposto a existência de uma vivência sexual mais livre para os homens, que parece não poder sequer ser mencionada e a ACS ao invés de esclarecer — uma forma de se garantir um resultado positivo para a ação — prefere usar da omissão e da indicação de uma medicação, que não resolverá o problema, fazendo com que a mulher assuma sozinha todos os custos de tratar uma doença com muitas chances de reincidência.

Em visitas a unidades do PSF encontramos alguns homens que estavam esperando a consulta com o/a médico/a ou o/a enfermeiro/a. Este fato também foi citado por uma das agentes ao afirmar que

“Os homens vêm se consultar mais por conta dos resultados que conseguimos, o posto está na comunidade, agora eles estão aceitando melhor, vindo mais, vendo os resultados”. (ACS/PSF)

Este fato pode ser um indicador de que no modelo Saúde da Família há uma ampliação da população incorporada no sistema de saúde e aqui percebemos que o formato “público” do PSF possibilita a inserção dos homens no programa. O PACS, voltado para o mundo doméstico, pode fazer com que o direito à saúde seja visto como algo menor, sem importância. No PACS, encontramos ainda a percepção, de

acordo com Ríos (1993), de que o trabalho doméstico seria um não-trabalho, dando-nos a falsa impressão de que as mulheres estão em suas casas sem fazerem absolutamente nada. Falamos aqui da usuária que, ao contrário dos homens trabalhadores, parece estar disponível para receber as agentes de saúde e despende uma hora do seu tempo na visita. Curiosamente, é esta mesma usuária que não tem tempo de ir até a unidade do serviço público de saúde e para a qual cria-se um serviço que vai até ela. No limite deste raciocínio, pode estar embutida a idéia de que as mulheres não procuram o serviço por absoluto desinteresse pessoal e não por razões estruturais ao próprio serviço público de saúde. Não queremos com isso, retirar o mérito das ações do PACS, mas tentar revelar os seus impactos para as relações de gênero e para a vida das mulheres, para além dos resultados evidentemente positivos que apresenta com relação aos seus objetivos no campo da melhoria das condições de saúde da população.

Há que se pensar se o desconhecimento e a pouca atenção dada pelos homens ao trabalho das ACS não decorre também do fato de que são as mulheres que vão de porta em porta oferecer informações e orientações, conformando um imaginário no qual as ações básicas de saúde passam a ser vistas como um programa de “mulheres para mulheres” ou uma “conversa de comadres”. Este caráter de privacidade e intimidade é reforçado em Camaragibe pelo fato de que só mulheres podem ser agentes de saúde (na época, havia ainda um agente, que já exercia esta função antes de iniciar o programa. Contudo, ele realiza apenas as ações nutricionais). Como já assinalamos anteriormente, os argumentos do Secretário para essa exclusividade concentram-se na questão do mal estar e das inibições que poderiam ser geradas caso um homem orientasse a amamentação ou a prevenção de câncer cérvico-uterino para uma mulher de sua comunidade. Além disso, os maridos poderiam não gostar que um estranho frequentasse a sua casa durante a sua ausência⁹.

⁹ Valeria a pena investigar se estes problemas acontecem nas áreas rurais, onde há muitos homens na função de agentes de saúde. E nestas áreas, onde exige-se que o ACS se ausentem de casa por alguns períodos, seguramente o fato de ser mulher é um impeditivo para o exercício da função.

As agentes por nós entrevistadas, independente da faixa etária em que se encontram, concordam e repetem, em sua grande maioria, os argumentos do secretário sobre esta questão:

“Eu não vou dizer que eu vou ser feminista, mas a mulher tem muito mais facilidade de entrar nas casas, acho bom, se abrem mais, falam da intimidade.” (ACS/PACS)

“Eu não quero ser feminista, mas ela [a agente] tem mais aceitação pelas mulheres por causa da cultura, a questão de chegar numa casa, ensinar a amamentação, fica meio difícil aceitar que um outro homem veja o seio de sua mulher. É mais fácil uma mulher falar para um homem sobre doença venérea do que ao contrário. Eu acho até que é um direito conquistado.” (ACS/PACS)

“Eu acho que é um direito dos dois, mas o homem é mais vergonhoso para entrar numa casa. A mulher fica mais fácil, o homem é mais ciumento, não ia permitir que um homem orientasse sua mulher na amamentação.” (ACS/PACS)

“Eu acho legal que os homens sejam agentes, mas acho que as mulheres iam ficar com vergonha.” (ACS/PSF).

Estes argumentos são bastante verossímeis, contudo, não há, por exemplo, nenhuma referência ao fato de que os profissionais de nível superior tenham que ser mulheres, o que confirma e perpetua os padrões de classe, onde neste caso o sexo do/a profissional é irrelevante. Pensamos que as próprias características da atividade desenvolvida pelas ACS, bem como o fato de serem pessoas da própria comunidade, são fatores determinantes nesse “privilégio” dado às mulheres de Camaragibe. A educação primária desenvolvida pelas ACS se orienta basicamente para o mundo doméstico, espaço de pouca legitimidade para os homens: afinal, que autoridade os homens teriam para falar de criança e alimentação? Por outro lado, os/as médicos/as e enfermeiros/as são “outros”, “diferentes”, detentores do poder do saber científico que ultrapassa possíveis constrangimentos de gênero.

Se o fato do ACS ser homem é considerado um obstáculo para o desenvolvimento de algumas ações, ser mulher parece que não tem facilitado a efetividade de tais ações. É corrente na fala das agentes a indicação de resistências das mulheres exatamente com relação a alguns dos temas assinalados acima, como a amamentação e a prevenção de DSTs, o que nos leva a pensar que talvez o impasse não esteja apenas no sexo daquele que orienta a ação educativa, mas sim nos temas e conteúdos que conformam a própria ação. Vejamos a resposta das agentes quando perguntadas se havia, por parte das mulheres, alguma rejeição às atividades por elas realizadas:

“No início a cobrança das vacinas chateava as mães, prevenção de DSTs, câncer de colo, as coisas mais ligada ao sexo, por causa da vergonha.” (ACS/PACS)

“Prevenção porque elas tem medo, são desinformadas, aleitamento a gente mostra que é bom para elas, mas elas ainda dá mingau.” (ACS/PACS)

“Assunto sexo, as mulheres ficam muito intimidadas, trabalha no serviço porque elas pode tá se prejudicando, porque acha que é feio.” (ACS/PSF)

“Encontrei muita resistência na prevenção do colo, por medo, vergonha.” (ACS/PSF)

“DSTs elas não aceitam, elas pensam que a gente não sabe explicar porque a gente é nova, não tem experiência, não acreditam muito na gente porque a gente não tem estudo ou é muito nova.” (ACS/PACS)

Esta última fala revela como o diferencial etário, associado ao estado civil, é também um elemento presente na relação entre as ACS e as usuárias, criando um outro tipo de constrangimento. Em muitas áreas do Nordeste do Brasil, entre as camadas populares, as mulheres mais velhas ou casadas são o único grupo feminino que tem acesso livre ao conhecimento sobre sexualidade e reprodução e, por extensão, ao conhecimento sobre corpo, saúde e doença de homens e mulheres¹⁰. Este é um campo de conhecimento que só lhe é aberto depois do casamento, ou seja, depois que ela é iniciada sexualmente e que adquire mais força depois que a mulher é mãe, numa operação cultural em que a experiência prática é o que possibilita e autoriza o discurso

das mulheres. Frequentemente, não se permite às mulheres solteiras ou jovens que falem sobre esses assuntos com qualquer outra pessoa e isso explica o porque das usuárias desconfiarem das ACS; na verdade, desconfia-se de um discurso orientador de uma prática que, paradoxalmente (na visão das mulheres), vem de uma pessoa que não tem experiência nesse campo e, portanto, não estaria autorizada a orientar as que já têm experiência. Este raciocínio perde o efeito diante dos/as profissionais de nível superior onde, mais uma vez, na hierarquia dos poderes, o poder de classe e, por consequência, do conhecimento científico valem mais do que as inflexões etárias, conjugais ou de gênero.

Os temas da vergonha e do medo estão diretamente associados a um conjunto de valores e normas sociais que fazem do corpo da mulher um lugar de desconhecimento e impureza. Assim sendo, é possível que pensemos em saúde quando o corpo é relegado a um lugar tão obscuro? A experiência do movimento de mulheres no campo da saúde tem demonstrado que é justamente o desvelamento deste corpo e, neste processo, a desconstrução dos valores e normas que o negam às mulheres, que tem possibilitado a mudança de atitudes e comportamentos com relação aos cuidados com a saúde¹¹. E, assim, duvidamos bastante de ações de saúde dirigidas para mulheres que não incorporam conteúdos sobre o corpo e seus processos e não consideram os determinantes sócio-culturais que os conformam. Este tipo de ação reforça e perpetua as atitudes de medo, vergonha e preconceito que têm funcionado como limites e mesmo impeditivos à melhoria das condições de saúde das mulheres.

Os argumentos utilizados pelo Secretário de Saúde e pelas ACS para justificar o fato de que mulheres são mais adequadas como agentes de saúde demonstra o quanto a idéia de que os corpos das mulheres pertencem a seus maridos ainda é forte e marcante

¹⁰Esta situação foi repetidamente encontrada entre mulheres trabalhadoras rurais do sertão pernambucano, cujas falas foram praticamente idênticas à citada acima. A respeito disso, ver Relatório Preliminar da Pesquisa em Pernambuco do International Reproductive Rights Research Action Group-IRRRAG, realizada entre 1994-1996. SOS CORPO, Recife.

¹¹Não por acaso o slogan mais conhecido do movimento de mulheres em todo o mundo é "Meu Corpo me Pertence". Do mesmo modo, este é um tema sobre o qual versa a maioria dos materiais educativos voltados para mulheres no campo da saúde.

na vida das mulheres das comunidades carentes, apesar desta idéia não se restringir a mulheres deste grupo social. Os corpos destas mulheres, e os processos corporais que são alvos das ações de saúde, só poderiam ser tratados por outra mulher, o que não ameaçaria o lugar dos maridos na relação com estes corpos. A presença de um outro homem nesta relação, que é fundamentalmente uma relação pública de uma usária tendo um direito seu atendido pelo Estado, poderia criar até mesmo uma situação de risco para as mulheres, provocada pela violência masculina, bastante comum neste grupo. Isto se confirma quando vemos que algumas agentes assinalam como sendo o principal problema das mulheres a opressão e a violência a que estão submetidas:

"A mulher tem mais problemas por causa da discriminação, da rejeição do homem escutar a mulher, tem muita mulher que não opta nada no seu lar." (ACS/PACS)

"É tanta coisa que a gente fica sem palavras para dizer. Tem muita gente que vive com o marido só prá ter um prato de comida, é humilhante, tem espancamento e não tem coragem de falar." (ACS/PACS)

"Elas sonham muito em trabalhar, mas não conseguem, ficam submissas os maridos espanca; elas têm filhos pequenos, ficam, não denunciam porque não têm como se sustentar. A maioria dos problemas [delas] quem provoca são os homens por causa da traição [deles]." (ACS/PACS)

Apesar do reconhecimento da subordinação e opressão que as mulheres vivem no seu cotidiano, não parece haver nenhuma preocupação em relacionar estas condições à situação de saúde das mulheres, seja como determinantes diretos de certos estados patológicos — como no caso das DSTs — seja como condições limitantes para o comportamento preventivo das mulheres e a ação curativa dos serviços de saúde. Neste sentido, as ações desenvolvidas pelo PACS e, em menor medida, pelo PSF, podem ter um efeito bastante reduzido a médio prazo, especialmente no que se refere à saúde reprodutiva e sexual.

Há, ainda, um outro tipo de limite que compromete a eficácia das ações de ambos os programas, do qual o melhor exemplo é a prevenção do câncer cérvico-uterino. As ACS

orientam as mulheres para realizarem o exame preventivo do câncer de colo do útero, mas o serviço de saúde do município não se encontra, até o momento, equipado para dar os resultados com rapidez (segundo informações das agentes comunitárias de saúde, no momento de realização da pesquisa, o resultado de um exame deste tipo poderia levar até seis meses para chegar às mãos das mulheres) fazendo com que as mulheres desistam de realizá-lo ou se desloquem para o Hospital do Câncer em Recife, o que implica em gasto de tempo e dinheiro. Isto apenas corrobora o que vimos afirmando: sem mudanças estruturais no sistema público de saúde, programas como o PACS e PSF terão o seu alcance progressivamente reduzido.

Na verdade, os dois programas expressam duas concepções distintas de atenção à saúde que, do ponto de vista de gênero, possuem enfoques também distintos. O PACS, assim como está estruturado em Camaragibe, estaria muito próximo do enfoque da eficiência, tal como o define Moser (1991), na medida em que é a força de trabalho feminina que garante a realização das ações do Programa e em que a sua participação nas atividades políticas da comunidade, o seu papel de liderança, é um elemento central para a implantação do programa nas comunidades. Ao mesmo tempo, procura atender a algumas necessidades imediatas das mulheres, sem considerar o contexto em que foram geradas e em que são mantidas e sua resolatividade, portanto, teria um alcance bastante reduzido. Já o PSF, por possuir uma estrutura de atendimento próxima das unidades tradicionais do serviço público — sala, equipamentos, médico/a, enfermeiro/a chefe, auxiliares e agentes — vale-se sobretudo do trabalho de profissionais, caracterizando-se mais claramente como uma ação governamental na comunidade, do tipo caracterizado por Nunes, onde a ação das agentes de saúde, enquanto representantes do grupo atendido, é apenas complementar e não um requisito para a implantação da política. Do ponto de vista do formato, portanto, o programa não teria uma inflexão de gênero “negativa”, no mesmo sentido que no PACS. Mas no que se refere às ações desenvolvidas e à concepção de saúde reprodutiva e sexual que está nele presente, infelizmente são muitas as similaridades com o PACS.

Curiosamente, não há referências ao PAISM nem nos documentos que analisamos nem nos depoimentos do Secretário de Saúde e da Coordenadora dos Programas. De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde (1996), as ações do PAISM em Camaragibe estão parcialmente implantadas nas áreas de pré-natal, planejamento familiar, clínica

ginecológica e DSTs e prevenção de câncer cérvico-uterino, apresentando uma situação igual a Recife e superior a todos os outros municípios da RMR, com exceção do Cabo. Apenas as ações do PROSAD não estavam implantadas em Camaragibe. Pensamos que uma articulação, por mínima que fosse, entre as ações do PAISM e as ações do PACS e PSF do campo da saúde reprodutiva e sexual poderia alterar de modo bastante positivo o curso de algumas ações destes programas. O PAISM, por mais críticas e revisões por que tenha passado nos últimos anos, ainda é o programa em torno do qual se consolidam as concepções e práticas mais interessantes no campo da saúde integral da mulher.

Em síntese, consideramos que o Programa Agentes Comunitários de Saúde bem como a sua derivação, o Saúde da Família, trouxeram alguns ganhos para as comunidades onde se desenvolvem, especialmente o segundo, na medida em que representam o reconhecimento de que saúde é um direito de todos/as e um dever do Estado. Contudo, em que pese os benefícios que representaram para estas comunidades e de modo mais específico no que diz respeito à saúde das crianças (combate à diarreia, reidratação oral e controle da imunização), o impacto positivo na saúde e vida das mulheres de Camaragibe parece ser ainda muito restrito.

Ou seja, a ação das ACS gera demandas que não podem ser satisfatoriamente atendidas sem que haja uma reestruturação do sistema de saúde. Enquanto isto não ocorre, as ações primárias de saúde, dada a estrutura e dinâmica das relações de gênero, terminam por suprir, de maneira precária e com uma enorme sobrecarga de trabalho e responsabilidades para as mulheres, as ausências e deficiências de políticas sociais no campo da saúde realmente capazes de promoverem a qualidade de vida e a cidadania das mulheres. A seguinte fala de uma agente comunitária de saúde sintetiza claramente esta situação:

"A vida mais difícil é das mulheres, porque elas se preocupam com tudo, os homens chegam à noite e não pensam em nada. A mulher fica em casa com os meninos. Uma mulher mesmo teve que levar o filho para o hospital e o marido nem ligou, eu que levei com ela para o Barão [hospital público em Recife], ela pagou as passagens [do ônibus]. Era um sábado." (ACS/PACS)

Referências Bibliográficas

.....

- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. "Direitos Sociais, Organização de Interesses e Corporativismo no Brasil". in *Novos Estudos*. São Paulo, CEBRAP, 1989. Nº 25. pp. 50-60.
- ARRETCHE, Marta T. S. "Mitos da Descentralização: Mais Democracia e Eficiência nas Políticas Públicas". in *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, ANPOCS, 1996. Nº 31, ano 11. pp. 44-66.
- ÁVILA, Maria Betânia. PAISM: Um Programa de Saúde para o Bem-Estar de Gênero. Recife, SOS CORPO, 1993
- _____. "O Papel da Mulher na Questão da Saúde". Comunicação oral realizada no Seminário Mulher e Políticas Públicas de Saúde na Perspectiva do Desenvolvimento Local. SACTES/DED, Recife, 1997.
- BERLINGUER, Giovanni. "O Direito à Vida e a Ética da Saúde". in *Lua Nova. Revista de Cultura e Política*. São Paulo, CEDEC, 1993, nº30. pp. 121-143.
- BOTELHO, Virgínia. "Um Novo Conceito de Proteção Social". in *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, IFCS/UFRJ, 1996. Vol. 4, nº2. pp. 420-445.
- CASTILLO-VELÁSQUES, Oscar. "A Atenção à Saúde da Criança e da Mãe sob o Contexto da Implementação do SUS". in *Divulgação em Saúde para Debate*. Londrina, CEBES, 1997. Nº 17. pp. 94-98.
- CORRÊA, Sônia. PAISM: Uma História sem Fim. Recife, SOS CORPO, 1993.
- COSTA, Ana Maria. PAISM: Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a Ser Resgatada. São Paulo, Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.
- Distrito Sanitário. O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde São Paulo. HUCITEC/ABRASCO, 1993.
- DRAIBE, Sônia Miriam. "Qualidade de Vida e Reformas de Programas Sociais: O Brasil no Cenário Latino-Americano". in *Lua Nova. Revista de Cultura e Política*. São Paulo, CEDEC, 1993. nº31. pp. 5-46.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. "As Três Economias Políticas do Welfare State". in *Lua Nova. Revista de Cultura e Política*. São Paulo, CEDEC, setembro de 1991, nº24. pp. 85-116.
- _____. "O Futuro do Welfare State". in *Lua Nova. Revista de Cultura e Política*. São Paulo, CEDEC, 1995. nº35. 73-111.

- FALBO NETO, Gilliat Hanois. "Os Desafios do SUS em Pernambuco". in *Divulgação em Saúde para Debate*. Londrina, CEBES, 1997. Nº 17. pp. 54-57.
- FALCÃO, Daniela. Para governo, ausência de estabilidade ajuda projeto. São Paulo, Folha de São Paulo, 30 de março de 1997, Caderno Brasil.
- GIOVANELLA, Lúcia & DRUMMOND, Jocélio *et alli*. "Equidade em Saúde no Brasil". in *Saúde em Debate*. Londrina, CEBES, 1996. Nº 49/50. pp. 13-22.
- JELLIN, Elizabeth. "Construir a Cidadania. Uma Visão desde Baixo". in *Lua Nova. Revista de Cultura e Política*. Nº 33, São Paulo, 1994.
- KUNTZ, Rolf. "Os Direitos Sociais em Xequê". in *Lua Nova. Revista de Cultura e Política*. São Paulo, CEDEC, 1995. nº 3. pp. 150-157.
- LAVINAS, Lena. "As Mulheres no Universo da Pobreza: O Caso Brasileiro". in *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, IFSC/UFRJ, 1996. Vol. 4, nº 2. pp. 464-479.
- LUZ, Madel Therezinha. "Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática' - Anos 80". in *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1991. Vol. 1, nº 1. pp. 77-96.
- MARTINS, Cleide Laviere *et alli*. "Agentes Comunitários nos Serviços de Saúde Pública: Elementos para uma Discussão". in *Saúde em Debate*. Londrina, CEBES, 1996. Nº 51. pp. 30-37.
- MÉDICE, André & MARQUES, Rosa. "Financiamento e Desempenho de Políticas Sociais 1980-1991". in *Saúde em Debate*. Nº 42, Londrina, 1995.
- MENDES, Eugênio Vilaça. "As Políticas de Saúde no Brasil. A Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia Neoliberal." in Mendes, Eugênio (org).
- Ministério da Saúde. IX Conferência Nacional de Saúde. Municipalização é o Caminho. Relatório Final. Brasília, 1993.
- Ministério da Saúde. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde. A Ousadia de Fazer Cumprir a Lei. Brasília, 1993.
- Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde. Reforsus: Manual de Operação. Componente Formação de Recursos Humanos. Brasília, 1997.
- Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde/Unicef. Avaliação Qualitativa do PACS. Brasília, 1994.
- Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1993.
- Ministério da Saúde. O que é o Programa Saúde da Família. Brasília, s.d.
- MISOCZKY, Maria Ceci. "A Medicina da Família, os Ouvidos do Príncipe e os Compromissos com o SUS" in *Saúde em Debate*. Londrina, CEBES, 1994. Nº 42.

- _____. "A Agenda Para Reformas do Banco Mundial e a Política de Saúde. Algumas Notas para Reflexão". in *Saúde em Debate*. Londrina, CEBES, 1995. Nº 47.
- MORAES, José Luis Bolzan. "O Direito da Saúde". In *Saúde em Debate*. Londrina, CEBES, 1996. Nº 51. pp. 22-29.
- MOSER, Caroline O. N. "La Planificación de Género en el Tercer Mundo: Enfrentando las Necesidades Prácticas y Estratégicas de Género". in GUZMAN, V.; PORTOCARRERO, P. & VARGAS, V. Una Nueva Lectura: Género en el Desarrollo. Lima, Entre Mujeres/Flora Tristán, 1991. pp. 55-124.
- NUNES, Edson. "Organizações Populares, ONGs e Poder Local. Avanços, Limites e Perspectivas". in ONGs e Poder Local. Recife, ETAPAS, 1993.
- NUNES, Sílvia Alexim. "A Medicina Social e a Questão Feminina". in *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1991. Vol. 1, nº 1. pp. 49-76.
- OLIVEIRA, Francisco de. "Neoliberalismo à Brasileira". in SADER, Emir & GENTILI, Pablo (org.) Pós-Neoliberalismo. As Políticas Sociais e o Estado Democrático. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995.
- POSSAS, Cristina. "Estado, Movimentos Sociais e Reformas na América Latina: Uma Reflexão sobre a Crise Contemporânea". in *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, IFSC/UFRJ, 1992. Vol. 2, Nº 1. pp.185-202.
- Presidência da República/Secretaria de Comunicação Social. "Saúde: direito de todos, dever do Estado". in *Brasil Real*. Brasília, fev. 1997.
- RYOS, Rebecca de los. "Género, Salud y Desarrollo". in GOMEZ, Elza. *Género, Mujer y Salud en las Americas*. Washington, OPAS/OMS, 1993.
- SANTINI, Luiz; GOULART, Flávio; REIS, Heraldo et alli. A Saúde no Município. Organização e Gestão. Rio de Janeiro, IBAM/UNICEF, 1992.
- Secretaria Estadual de Saúde-PE. Balanço 95/1º semestre 96. Recife, 1997.
- _____. 3ª Conferência Estadual de Saúde. Relatório Final. Recife, 1996.
- _____. Propostas das Conferências Regionais e Municipais de Saúde realizadas no Estado de Pernambuco. Recife, 1996.
- _____. Plano estadual de saúde. Recife, 1996.
- SOLLA, Jorge José dos Santos Pereira; MEDINA, Maria Guadalupe & DANTAS, Maria Beatriz Pragana. "O PACS na Bahia: Avaliação do Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde". in *Saúde em Debate*. Londrina, CEBES, 1996. Nº 51. pp. 04-15.
- SORRENTINO, Sara. "O Sistema Único de Saúde". in *Relatório do II Encontro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos*. Recife, Secretaria Executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1994.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes. "Políticas de Saúde no Brasil: Situação Atual e Desafios Estratégicos". in *Saúde em Debate*. Londrina, CEBES, 1992. Nº 35.