

...E O SINO PAROU DE TOCAR! COMO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE AJUDOU A SALVAR VIDAS NO SERTÃO CEARENSE

Francikely da Cunha Bandeira¹

RESUMO

Na década de 1980, o Ceará tinha uma das maiores taxas de mortalidade infantil do Nordeste, com 102 mortes em cada 1.000 nascidos vivos. O acesso a informações sobre cuidados básicos em saúde era precário contribuindo para que quadros de saúde se agravassem e ocasionassem muitas mortes infantis. O objetivo deste texto é destacar como iniciativas educativas contribuíram para salvar a vida de centenas de crianças. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, centrada no referencial teórico da educação popular e na concepção de saúde vista predominantemente a partir de determinantes sociais. Observou-se aspectos da realidade semiárida do interior cearense e as altas taxas de mortalidade infantil, entre as décadas de 1970 e 1980. Vários fatores influenciam a saúde na infância, dentre eles a oferta/qualidade de serviços de saúde, saneamento básico e escolarização. Um contexto de crise agravado por grande seca comprometeu as condições de vida da população mais carente. Nesse contexto, um médico sanitário e uma assistente social iniciaram uma experiência com agentes de saúde no município de Jucás, baseada no pressuposto de que promoção e prevenção da saúde desenvolvidas a partir de medidas simples seriam eficazes para enfrentar e reduzir a desnutrição e mortalidade infantil. Serviu de referência uma experiência anterior do casal em Brasília. Em tese, tratava-se do contato direto com as famílias através de agentes de saúde que em visitas frequentes orientavam sobre cuidados básicos com a saúde, desde a utilização de recursos disponíveis à higiene pessoal e doméstica realizando assim um processo educativo. As iniciativas contribuíram para a transformação do cenário local e ganharam repercussão estadual, nacional e internacional. Resultaram na queda da desnutrição e do

¹ Doutora em Educação pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, kely01kely@hotmail.com

número de óbitos reduzindo significativamente a mortalidade infantil. Ao analisar o caso do Ceará foi possível concluir o potencial do trabalho educativo popular em saúde para enfrentamento dos problemas sociais.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Promoção da Saúde, Mortalidade Infantil, Ceará

INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é evidenciar como ações de caráter educativo e popular em saúde contribuíram para salvar a vida de centenas de crianças no sertão do Ceará a partir da década de 1980. Até o fim do século XX a mortalidade infantil se apresentava como sério problema de saúde pública. São vários os fatores que influenciam na saúde na infância e contribuem para a mortalidade, dentre eles, a estrutura política e a qualidade dos serviços de saúde refletidos na falta de saneamento, de alimentos em bom estado, de escolarização e serviços básicos de saúde, por exemplo. As taxas de mortalidade infantil –TMI são importantes indicadores de desenvolvimento de um lugar, ocorrendo como consequência da pobreza, da falta de cuidados efetivos com problemas pouco complexos como infecções, diarreias e quadros de desnutrição.

No Nordeste brasileiro, a ocorrência de secas prolongadas contribui significativamente para o agravamento de problemas como a desnutrição e a fome. O Ceará tem sua história marcada por longos períodos de secas, dentre eles a de 1979 que durou até 1983, figurando como uma das piores¹. Na década de 1980 registrava-se 102 mortes pra cada mil crianças nascidas vivas, a pior TMI da região no período.

O quadro começou a mudar quando em 1979 algumas iniciativas começaram a ser tomadas no município de Jucás, interior do Ceará, baseadas no pressuposto de que as pessoas poderiam aprender ações simples de grande importância para os cuidados com a saúde. Quase uma década depois, em 1987, o Estado ampliou as iniciativas ousadas para a época, creditando seu êxito a ações de educação em saúde, através da atuação de seus Agentes. Uma iniciativa considerada ousada consistiu na diferente aplicação de recursos destinados para a seca, ao invés de contratar agricultores para serviços temporários, como se fazia usualmente, optou-se por investir em recursos humanos para promoção de ações de educação em saúde. As primeiras ações ocorreram por iniciativa do médico sanitarista Carlile Lavor e da sanitarista Mirian Campos em 1985, espalhando-se para outros municípios, posteriormente. Era um trabalho de acompanhamento de crianças e orientação das mães.

A ampliação da prestação de serviços em 1987 preconizou os municípios mais afetados pela seca, criando um programa de atenção emergencial através do trabalho de agentes de saúde, que tinham como principal papel a promoção da saúde de crianças e gestantes. O trabalho de contato direto com as famílias

alcançou excelentes resultados, a desnutrição e infecções foram significativamente reduzidas e a cobertura vacinal aumentou. Após quatro anos, o número de crianças mortas por mil nascidos vivos havia caído de 102 para 65.

Os resultados deram ao Ceará destaque nacional e internacional pelos excelentes resultados no enfrentamento da mortalidade infantil. Embora tenha havido empenho em um conjunto de outras diferentes iniciativas, o trabalho educativo contribuiu significativamente para salvar a vida de centenas de crianças.

Havia uma forte tradição em pequenas cidades do interior de sempre que o enterro de uma criança passava em frente à igreja, tocava-se o sino anunciando a chegada de mais um “anjinho” ao céu. Como era alto o número de mortes de crianças, ouvia-se com frequência o som do sino. Em Jucás era assim. Após o investimento em ações preventivas, o número de crianças doentes e desnutridas foi sendo, aos poucos, reduzido, com isto, o número de mortes também caiu significativamente e os intervalos do toque do sino tornaram-se cada vez maiores.

METODOLOGIA, RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trata-se de uma pesquisa de cunho bibliográfico uma vez que foi preciso fazer levantamento da literatura existente sobre a temática. De acordo com Gil (2002) A pesquisa bibliográfica tem por base material já constituído, principalmente livros e artigos científicos.

A pesquisa fundamenta-se em uma abordagem qualitativa, a qual é apropriada devido à sua natureza social e à intenção de aprofundar a compreensão de um fenômeno, algo que não pode ser alcançado por meio de métodos quantitativos. Segundo Richardson, a abordagem qualitativa em pesquisas educacionais é uma “[...] tentativa de compreender de forma detalhada os significados e as características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em vez de produzir medidas quantitativas de características ou comportamentos” (1990, p. 90). Quanto à sua finalidade, trata-se de uma pesquisa exploratória, motivada pela necessidade de uma maior aproximação com aspectos do problema que ainda são pouco abordados na literatura (GIL, 2002). Segundo Minayo (2007), essa fase abrange desde a elaboração do projeto até os procedimentos preparatórios para a coleta de dados. Na fase exploratória identificamos aspectos pouco claros que dificultavam a compreensão de situações relevantes para a investigação. Assim, foi necessário realizar um trabalho de observação e valorização de indícios, que aos poucos foram esclarecendo os caminhos e revelando aspectos

e situações do tema. De acordo com Gil (2002), boa parte dos estudos exploratórios podem ser definidos como pesquisas bibliográficas constituindo assim uma análise de diversos aspectos de um problema.

O DESAFIO DA MORTALIDADE INFANTIL

Compreende-se por mortalidade infantil os óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico e período. Divide-se em dois períodos, o neonatal que compreende o intervalo do nascimento aos 28 dias de vida e pós-natal que compreende o intervalo dos 28 dias aos 12 meses. As taxas de mortalidade infantil-TMI classificam-se como altas quando ocorrem 50 ou mais mortes por mil nascidos vivos, como médias, quando ocorrem entre 20 e 49 por mil nascidos vivos e como baixas quando o número é inferior a 20 (BRASIL, 2000).

A mortalidade infantil é determinada por vários fatores que interferem na saúde durante a infância, dentre eles o acesso ao saneamento, à água tratada, aos serviços básicos de saúde e à educação, ou mesmo o nível de renda das famílias, o grau de escolarização das mães e estado nutricional da criança. De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância –UNICEF (2008) a estrutura de governo, a política e o acesso e qualidade dos serviços de saúde também são fatores que influenciam no estado de saúde, nutricional e na mortalidade infantil. Este entendimento coloca em xeque a ideia da negligência materna, em muitos casos, usada como justificativa pela elite para se libertar da responsabilidade pela precariedade da vida de milhares de mães pobres (NATIONS, 2009).

Nesse sentido, a TMI está associada ao desenvolvimento de políticas públicas e se constitui em importante indicador epidemiológico que coloca em evidência o desenvolvimento de uma região, de um país, de um estado, ou município, por expressar as condições do desenvolvimento social. As altas TMI refletem baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade, proporcionando condições para o surgimento e agravamento de problemas de saúde ocasionados por infecções e desnutrição, diretamente associadas à mortalidade infantil (BRASIL, 2000).

A Conferência de Alma Ata ocorrida em 1978 elegeu a TMI como um dos mais importantes indicadores de saúde, tomado como fundamental para alcançar “Saúde para todos no ano 2000” e reconheceu as ações de promoção da saúde na atenção primária saúde como estratégia chave para alcançar

resultados mínimos de cuidados em saúde (OTAWA, 1986). O Brasil tem alcançado bons resultados na redução da TMI. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística –IBGE, na década de 1970, a taxa no país era de 115,0% e no Nordeste 146,4%, na década de 1990, os números eram 48,3% e 74,3%, respectivamente. Destaque-se que na década de 1960 quando a TMI no país era de 124,0%, considerava-se que os níveis de mortalidade infantil estavam estabilizados (BRASIL, 1999).

O Nordeste é a região do país que concentra as maiores TMI. Para se ter ideia, da década de 1930 a 1990, as taxas da região lideraram as demais tendo sido, em pouco, superada pela região Norte, apenas em 1930, com 193,3% enquanto que o Nordeste 193,2% (BRASIL, 1999). A região tem uma área de 1.561.177,8 km², dos quais 969.589,4 km² abrangem o semiárido nordestino, onde vivem mais de 40% dos nordestinos e onde a escassez ou irregularidade das chuvas são, em grande parte, determinantes das condições de vida (ARAÚJO, 2011).

Geralmente associado às ideias de pobreza, de fome e de subdesenvolvimento, o Nordeste é historicamente marcado por problemas sociais associados, em parte, aos efeitos da escassez de chuvas e do domínio do latifúndio. As consequências mais graves das secas são a fome e a sede, provocadas pela escassez e pela concentração de recursos nas mãos de poucos. Da pobre e/ou insuficiente ingestão de alimentos e do não tratamento da água decorrem quadros de desnutrição, de adoecimento, expressos, em geral, através da diarreia, da desidratação que, quando não levam à morte, juntos influenciam no baixo crescimento e desenvolvimento das crianças.

Entre 1979 e 1983 ocorreu uma das mais prolongadas e severas secas, que atingiu o Nordeste. 3,5 milhões de pessoas morreram, sendo a maior parte delas crianças e idosos, atingidos pela escassez das colheitas, o que trouxe a fome e os problemas decorrentes de enfermidades e desnutrição (BARRETO, 2009).

Em trabalho etnográfico sobre a mortalidade infantil no Ceará, Nations (2009) descreve a existência de uma rede de notificadores de mortes de crianças. Ela fala da parteira, curandeiro, coveiro, vendedor de vela, de tecido para fabricação de mortalhas e do tocador de sino de igreja entre outros. Eram pessoas que anunciavam e trabalhavam “com” a morte.

Até o início do século XIX acreditava-se que as TMI tinham determinantes socioeconômicos de modo que se investia na redução das taxas através de ações de desenvolvimento social e econômico. A partir da segunda metade do século, o entendimento sobre a mortalidade infantil mudou, dando mais ênfase

a ações de cuidados básicos em saúde, uma vez que países em condições semelhantes de desenvolvimento apresentavam TMI desiguais (BEZERRA-FILHO; KERRY-PONTES; BARRETO, 2007).

Assim, considera-se que a redução das taxas não resulta de um único fator, mas “[...] quase sempre constitui o produto final de episódios repetidos de infecções, combinados com desnutrição” (Ibidem, p. 137).

A partir da década de 1970, a queda na TMI associa-se, em grande parte, ao modelo de intervenção que privilegia a medicina preventiva e o saneamento básico, à ênfase nas ações de pré-natal, parto, puerpério, campanhas de vacinação, programas de aleitamento materno e reidratação oral (BRASIL, 1999). Corroborando esta percepção, uma investigação realizada em 2003, em 42 países responsáveis por 90% das TMI no mundo, apontou que medidas simples como uso do soro caseiro para hidratação oral, amamentação exclusiva e imunização podiam evitar muitas mortes causadas por diarreia e pneumonia, por exemplo. (BEZERRA-FILHO; KERRY-PONTES; BARRETO, 2007).

Cerca de 80% do progresso alcançado na área da saúde nos os últimos séculos, está relacionada ao acesso à água potável, alimentos em bom estado e hábitos de higiene, indicando que investimentos em equipamentos, remédios e instituições de saúde não devem ser privilegiados com a pretensão de melhorar as condições de saúde da população, uma vez que estes aspectos atuam no tratamento e não na prevenção (LOPES, 2018). Há um desafio da Organização das Nações Unidas –ONU, lançado para 2030, com objetivos de desenvolvimento sustentável, dentre os quais encontra-se o de acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e menores de 5 anos. A meta é reduzir a mortalidade neonatal para 12 por mil nascidos vivos e dos menores de cinco anos para 25 por mil nascidos vivos (ONU, 2016).

Segundo dados do IBGE, em 2018, a mortalidade infantil no Ceará era de 13,21 por mil nascidos vivos, ocupando a posição da sétima taxa mais alta do Nordeste e a décima segunda no país. O Amapá detém o maior número de país, morrem 19,61 crianças em cada mil nascidos vivos, um número muito próximo do que se considera taxa média. A seguir, apresentamos uma tabela com o número de óbitos por mil nascidos vivos correspondentes a cada Unidade Federativa -UF no ano de 2018. As UF estão dispostas considerando a ordem decrescente dos números.

Tabela 1 – Óbitos por mil nascidos vivos nas Unidades Federativas do Brasil

UF	Óbitos/ 1.000 NV	UF	Óbitos/ 1.000 NV	UF	Óbitos/ 1.000 NV	UF	Óbitos/ 1.000 NV
AP	19,61	BA	15,10	RJ	12,41	SP	10,92
RR	17,89	AC	13,63	TO	12,39	ES	10,67
AM	16,55	AL	13,40	RN	12,31	MS	10,57
MA	15,82	PB	13,29	PE	12,12	PR	10,36
PI	15,59	CE	13,21	GO	11,88	RS	10,07
PA	15,40	RO	12,83	MG	11,43	SC	9,93
SE	15,38	MT	12,57	DF	11,08	-	-

Fonte: página do IBGE, 2019.

Estes números indicam que mesmo com os avanços alcançados em vários setores, a sociedade expressa um nível de desenvolvimento ainda inferior ao desejado, indicam também que a mortalidade infantil ainda é um problema que desafia o país.

O CONTEXTO DO CEARÁ

Entre os Estado do Nordeste, o Ceará se destaca como o mais atingido pela falta de chuvas, 94% de seu território está em área propensa à secas atingindo quase que a totalidade dos municípios.

Na década de 1980, o Ceará tinha a terceira pior TMI do Nordeste, morriam 102 crianças em cada 1.000 nascidos vivos. Todavia, é possível que este número seja maior uma vez que refletem os registros oficiais, mas no final da década de 1970 muitos registros não eram feitos, pois, em muitos casos, não havia certidão de nascimento, nem declarações de óbito (SANTANA; CASTRO, 2016);(NATIONS, 2009).

A vacinação contra sarampo e poliomielite alcançava apenas 25% da população. De acordo com Minayo, D'Elia e Svitone (1990) o contexto de baixa renda, falta de alimentos básicos, infecções frequentes e falta de informação geravam um quadro de desnutrição crônica que, no interior se refletia em 30% de crianças menores de 3 anos, com estaturas não correspondentes à idade. Quanto às mulheres entre 15 e 49 anos, 25% eram desnutridas e entre 15 e 24 anos (período de maior reprodução) a desnutrição chegava a 32,3%.

Em que pese a situação de pobreza, da qual decorrem vários problemas, como a fome, a desnutrição e até a morte, é promovida por diversos fatores

sociais, que contribuem significativamente para que as difíceis condições de vida da população pobre do semiárido do Estado se tornem ainda mais críticas. Para estes destaques tomaremos como referência os estudos e pesquisas de Minayo, D'Elia e Svitone (1990) e Campos (2004).

A distribuição fundiária expressa considerável fator de desigualdade: em 1990 verificou-se que apenas 6,7% dos proprietários possuíam 65,62% do total de terras do Estado, com propriedades acima de 100 hectares. No que se refere à renda da população economicamente ativa, 76,84% dos que viviam na zona rural ganhavam menos de um salário mínimo, na zona urbana eram 58,96%.

O analfabetismo era altíssimo. No ano de 1985, correspondia a 48% dos cearenses entre os que tinham 15 anos ou mais, este número crescia para 65% na zona rural. Em 1987, 50% das mães e 60% dos pais que viviam no interior do Estado não eram alfabetizados.

Sobre esta questão, um estudo realizado pelo IBGE sobre mortalidade infantil destaca que o nível de escolarização da mãe se apresenta como fator influenciador no isco de morte da criança. O estudo apresenta dados referentes ao tempo de escolarização das mães e as TMI correspondentes entre 1986 –1995, conforme mostra a tabela abaixo:

Tabela 2 –Taxa de Mortalidade Infantil segundo anos de estudo da mãe 1986-1995

Anos de estudo da mãe	Taxa de mortalidade infantil (%)
< de 1	93,0
1 a 3	70,0
	42,0
5 a 8	38,0
9 a 11	28,0
12 ou mais	9,0

Fonte: IBGE, 1999, p. 37

No que se refere às condições de saneamento no interior em 1987, 86% das casas não tinham água encanada e 70% não tinham qualquer tipo de instalação para destino de dejetos. Sobre os recursos humanos, verificou-se que, em todo o Estado havia apenas 1.856 enfermeiras e 179 técnicos de enfermagem e 4.226 médicos dos quais 86% se concentravam em Fortaleza, restando 592 médicos para assistir ao restante do estado.

A estrutura hospitalar se apresentava razoável, havia no Estado 274 hospitais, (uma média de 1,4 instituição por município) e 46 unidades de saúde mistas

e as unidades ambulatoriais privadas e públicas que somadas as municipais, estaduais e federais eram 1.832. Ainda assim, em 1987, 35% das mulheres que haviam tido filhos nos últimos três anos não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. Em 1987 a proporção de baixo peso ao nascer era de 10,1%, a prevalência do baixo peso entre menores de três anos era de 12,5%. Menos de 1% das mulheres praticava amamentação exclusiva. Apenas 58% das crianças entre 12 e 23 meses haviam tomado a vacina BCG e o percentual de mortes por diarreia no Estado era de 48%, superando o Nordeste com 36,9%.

Estas circunstâncias constituíam um quadro desafiador. Nos períodos de seca extrema, a escassez de recursos agravava-se. Alternativas convencionais como a construção de açudes, cisternas, barragens e cacimbas pelas frentes de trabalho, organizadas mediante o uso de recursos do governo federal, eram usadas para tentar amenizar os efeitos dos períodos de estiagem, contudo, mostravam-se insuficientes, por serem paliativas, tangenciando os problemas do latifúndio, da estrutura social. O mais grave era o fato de os recursos destinados ao combate à seca serem capturados pelo latifúndio e pelo poder político local (CARLEIAL; OLIVEIRA, 1980). Segundo Campos, as frentes de trabalho não resolviam muita coisa, e em muitos casos havia exploração e “Famílias inteiras passavam semanas bebendo água e lambendo pedrinhas de sal, alimentando-se de preás, rabudos (ratos), palma (usada para alimentação do gado) e o que mais conseguissem caçar” (2004, p. 61).

Era necessária uma ampliação da oferta de serviços básicos de atenção à saúde, principalmente para as famílias mais pobres e distantes dos centros urbanos. De acordo com Minayo, D’Elia e Svitone (1990) 36% das famílias com crianças menores de 3 anos residiam a mais de 10 km da unidade de Saúde mais próxima e 51,6% residiam a mais de 5 km. De 1984 a 1987, das crianças que morreram com menos de 1 mês de vida 58% delas ocorreram sem nenhuma assistência profissional em saúde, o mesmo ocorreu com 22% das crianças entre 1 e 36 meses. Diante destes dados, é correto afirmar a necessidade de ações que permitissem o mínimo de atenção básica mais próxima das famílias.

Com a adoção de iniciativas simples, ainda na década de 1980, o Ceará conseguiu se destacar com excelentes resultados na redução das TMI, superando os demais Estados na redução da taxa com resultados em torno de 73% de 1980 a 2007. Entre os anos de 1980 e 2010, foi o segundo Estado que mais reduziu a TMI. Em 30 anos foram evitadas as mortes de 91,8 crianças em cada mil nascidas vivas (SILVA et al., 2015). Gestões políticas efetivamente compro-

metidas com a população foram fundamentais para estes resultados. Também merece destaque o compromisso de continuidade das ações pelos que sucediam os cargos, um fator que em geral, motivo de fragilidade para o desenvolvimento de “projetos” no setor público.

Os resultados projetaram o Estado nacional e internacionalmente com um modelo de gestão pública que mudou o quadro da mortalidade infantil no Estado contrariando a ideia negativa, historicamente agregada à região. Em dezembro de 1991, o jornal *The Economist*, de Londres, dedicou três páginas a uma matéria sobre os feitos do governador do Ceará (Tasso Jereissati), por ter conseguido resolver problemas do Estado com poucos recursos, com medidas consideradas ousadas, inclusive na área da saúde (TENDLER, 1998). Em 1993, o Estado recebeu o prêmio de reconhecimento mundial Maurice Pate, concedido pelo UNICEF aos governos ou instituições que se destacavam em ações voltadas ao público infantil. Além deste, outros prêmios foram concedidos pelo esforço e resultados alcançados.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA SALVAR VIDAS

O comprometimento de profissionais da saúde com necessidades das classes populares permitiram, a partir dos anos 1970, o fortalecimento das metodologias da educação popular no campo da saúde, em busca de soluções para problemas que afetavam os sujeitos destas classes (VASCONCELOS, 1999). Foi o que ocorreu em Jucás quando, frente a um contexto de morte provocado pela seca e fome, um casal de sanitaristas tomaram iniciativas para enfrentar a mortalidade infantil.

A estratégia era simples e de grande valor. Tratava-se de realizar ações de promoção da saúde através do contato direto com as famílias, por meio de Agentes de Saúde que orientavam sobre cuidados básicos com a saúde, desde tratamentos com o uso do soro caseiro a ações de higiene pessoal e na moradia. Assim, ações simples, de baixo custo, com ampla participação popular e comunitária, possibilitaram alcançar bons resultados: “[...] ações de promoção à saúde são aquelas que vão contribuir para proporcionar autonomia ao indivíduo e à família, com informações que os tornem capazes de escolher comportamentos que vão favorecer a sua saúde [...]” (BRASIL, 2009, p.16).

Em uma recapitulação, de 1979 a 1983 o Ceará enfrentou uma de suas piores secas. Em 1978, o médico sanitarista Carlile Lavor, natural de Jucás, e sua esposa e assistente social Mirian, voltavam à sua cidade natal, onde se depararam com uma situação de muita fome, desnutrição e mortes, devido aos efeitos da seca. Jucás fica localizada no interior do Estado, dista 407 km da capital, localizada no Centro-Sul cearense, faz divisa ao norte com outra mesorregião geográfica, o sertão, de modo que mesmo localizado no centro-sul, possui clima e vegetação com fortes traços do semiárido.

Ao expressar a preocupação com a situação encontrada, Lavor declarava: “As pessoas estavam morrendo de fome, e nós não podíamos fazer nada [...] estávamos quase impotentes diante da fome [...] todas as infecções evitáveis por vacina ainda enchiam os hospitais; não se sabia quantas crianças nasciam ou morriam” (SANTANA ; CASTRO, 2016, p. 23). Esta situação expressava a real falta de conhecimento das pessoas em relação à importância da vacinação que, mesmo disponível nas Unidades de saúde, tinha baixo alcance de cobertura, conforme indicado no item anterior.

Na década de 1970, o casal havia participado de um trabalho comunitário em Brasília, coordenado pelo sanitarista Frederico Simões Barbosa. Tratava-se do desenvolvimento de um projeto que integrava o trabalho médico e de outros profissionais à ação comunitária baseado no paradigma da medicina comunitária² (SANTANA, 1980). Tinha como um dos objetivos o alcance das famílias, através de auxiliares de saúde que, por meio de visitas domiciliares, atuavam na promoção da saúde, especialmente na atenção às crianças menores de 1 ano. Vários problemas de saúde da comunidade foram resolvidos e amenizados, entre eles, a redução da mortalidade infantil, “Identificaram que a solução de muitos problemas de saúde daquela população não estaria no hospital, mas no ambiente familiar e comunitário” (LAVOR, LAVOR; LAVOR, 2004, p. 122). Ao avaliar a experiência declarava: “[...] o afluxo de crianças à emergência hospitalar diminuiu muito, e caiu a mortalidade infantil” (LAVOR, 2010, p. 17).

Diante da realidade de Jucás, a experiência em Brasília foi de grande importância heurística, para fazer algo pelo povo do sertão, especialmente para crianças, as principais vítimas da mortalidade e da desnutrição agravada nos períodos de seca.

O trabalho em Brasília havia mostrado que a integração das ações médicas com outros profissionais, como os do serviço social, por exemplo, e de auxiliares de saúde, gerava excelentes resultados, isto porque a pessoa/família recebia

uma orientação médica, mas os resultados só eram alcançados através da mobilização promovida através do contato direto com as pessoas e suas realidades. O relato de Lavor é incisivo neste sentido:

[...] e nós fizemos durante dois anos um trabalho com auxiliares de saúde, tipo nosso agente de saúde, [...] e conseguimos realmente reduzir muito a mortalidade infantil. Era bem documentada a mortalidade infantil quando a gente chegou lá e depois a redução [...]. Então, eu fui vendo que **era possível prevenir aquelas doenças**. Era levar os conhecimentos para as famílias para que não acontecessem aqueles casos que estavam tendo no dia a dia no hospital. Grande parte dos óbitos era de crianças dentro do hospital e as crianças eram as pessoas que mais morriam, então, a gente viu que **era possível prevenir** [...] (LAVOR apud ANDRADE, 2016, p. 108) (grifo nosso).

Como se sabe, os serviços hospitalares são centrados no tratamento sendo uma ação significativamente limitada no que se refere às ações de prevenção. Os serviços de assistência à saúde eram praticamente inexistentes no campo das ações de promoção e prevenção, de modo que não havia esforços conscientes para evitar que as pessoas adoecessem. As ações de promoção da saúde são aquelas que através de conversas, de orientações e esclarecimentos, pretendem evitar tanto o agravamento quanto o surgimento de problemas de saúde através do desenvolvimento de comportamentos ativos na população. Este era o desafio.

Neste sentido, a ideia era adaptar a experiência dos “auxiliares de saúde” em Jucás para atuarem na promoção da saúde. O problema é que não havia recursos humanos para atuar. Então, a alternativa possível foi “usar” os monitores da Fundação Estadual do Bem-estar do Menor do Ceará – FEBEMCE como “auxiliares de saúde” em Jucás. Assim, foram contratadas professoras e auxiliares para atuar no cuidado das crianças. Além de serem alimentadas, recebiam orientações de higiene, inclusive as mães. O trabalho foi expandido para a cidade vizinha, Iguatu. Ali, visitadoras sanitárias e orientadores de saúde foram agregados ao projeto para visitar as famílias: “[...] nós tentamos fazer com que esse orientador e essa visitadora tivessem o papel de agente de saúde na Região de Iguatu” (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 50).

Mesmo com esse esforço, a fome castigava. Lavor afirma ter dito a Mirian: “[...] ou a gente faz alguma coisa ou eu quero ir embora! Era um sofrimento você chegar às casas e ver que as pessoas não tinham nada para comer [...] Tinha

um monte de menino morrendo e eu não sabia o que fazer com tanta desnutrição.” (LAVOR apud SANTANA; CASTRO, 2016, p. 23). Então, recorreram a outra alternativa: a criação de “creches” que, na verdade, eram espaços simples e improvisados, cedidos pela população, usados para preparo e distribuição de alimentos para crianças e gestantes, a partir de recursos provenientes de doações. Os espaços também eram usados para vacinação de crianças e gestantes e realização de palestras. De acordo com Lavor, foram organizadas mais de trinta creches sendo três na zona urbana e o restante na zona rural de Jucás (SANTANA; CASTRO, 2016).

As iniciativas foram de grande importância para Jucás, todavia, as grandes proporções da seca faziam persistir a desnutrição e a fome. Então, em 1987, ao assumir a secretaria de saúde do Estado, Carlile Lavor convenceu o governador e os demais secretários a aplicar os recursos enviados pelo governo federal na contratação de mulheres para atuarem junto às famílias. Sobre isto, Silva e Dalmaso destacam: “[...] o Estado identificou a possibilidade de empregar, a curto prazo, em atividades de promoção de saúde, milhares de moradores de áreas carentes[...]” (2002, p. 47). A ação foi possível devido a um remanejamento dos recursos para a seca, que costumeiramente eram empregados na contratação de agricultores. A ideia era recorrer a pessoas das próprias comunidades para “[...] o desenvolvimento de ações de educação em saúde da gestante e da criança, uma vez que a prioridade desses trabalhadores era a redução das mortes dos menores de um ano” (ANDRADE, 2016, p. 25).

Ao assumir a gestão do Estado em 1987, Tasso Jereissati deparou-se com uma folha de pagamentos que consumia 87% da receita, ultrapassando em 22% o limite constitucional, o que inviabilizava investimentos públicos e tornava difícil as primeiras ações da gestão. Ele explicou como compreendeu a proposta e como foi convencido:

Quem na verdade me disse é possível [...] foi o Carlile quando explicou, é desidratação, e dando soro oral você resolve. Foi ele que deu o estalo, você resolve. É só isso [...]. E para essa desidratação, tem prevenção? [...] na minha visão de não especialista no assunto, era um problema muito mais complexo do que parecia. Realmente foi um estalo muito grande quando o Carlile disse, com isso você resolve. Pois se é só com isso, vamos fazer! [...]. Normalmente tem toda uma filosofia da fome, das origens da pobreza, isso é histórico [...]. É precisa melhorar o nível de educação, a renda, não sei o que mais. O estalo foi esse, é água, açúcar e sal. (JEREISSATI apud ANDRADE, 2016, p. 94).

Acatada a ideia de um novo programa de combate à seca, foram selecionadas e contratadas em caráter emergencial mais de seis mil mulheres, dentre as mais pobres do interior do Estado, para atuarem junto às famílias mais carentes, voltadas para um trabalho preventivo. Na seleção, foram priorizadas as mulheres que tinham filhos e não tinham maridos, grande parte semianalfabetas. Sobre este aspecto, Mirian comenta que era um grande desafio treinar essas mulheres, foi discutido no treinamento: “Encontrar todas as gestantes e encaminhar para o acompanhamento do pré-natal; levar as crianças para vacinar; usar o soro se a criança tivesse com diarreia; alguns cuidados básicos com a higiene da criança e da casa; e recomendar a amamentação natural” (SANTANA; CASTRO, 201, p. 55).

As pessoas tinham dificuldades de acesso aos serviços de saúde, além de carência de informação sobre o autocuidado. Com as Agentes tornaram-se possíveis as visitas frequentes às famílias, através das quais transmitiam conhecimentos e novas tecnologias (MINAYO; D’ELIA; SVITONE, 1990, p.12). Ao ir às casas, era possível identificar a situação de cada criança e orientar de forma específica, de acordo com o estado delas. A prioridade era a redução das mortes de menores de um ano, mas também se dava atenção especial às menores de cinco anos. Foram providenciados um milhão de cartões de vacina para que a vacinação, o crescimento e desenvolvimento das crianças fossem monitorados.

A cobertura vacinal aumentou e a mortalidade infantil caiu significativamente. Antes do início das ações preventivas, em 1987, os indicadores de saúde e o acesso aos serviços de saúde no Estado estavam entre os piores da América Latina (TENDLER, 1998).

De acordo com Lopes (2018) a educação deve ser usada como ferramenta para promover a saúde e consolidar um paradigma de atenção sanitária mediante a gestão do conhecimento. Ao discutir sobre o conceito de “alfabetização para a saúde”, Lopes destaca que os cidadãos devem aprender sobre como cuidar da saúde de forma similar à forma como aprendem a ler e a calcular, isto porque evitar problemas de saúde é muito mais importante que resolver problemas matemáticos, por exemplo. Segundo o autor, “[...] la alfabetización para la salud se convierte en un proceso de educación que debe extenderse desde el principio hasta el final de la vida” (LOPES, 2018, p. 17).

As ações dos Agentes encontram certa correspondência com a ideia de alfabetização para a saúde, uma vez que, agregado ao fato de que muitas mães não cuidavam dos filhos por não terem recursos à disposição, havia também

o fato da falta de conhecimentos sobre como utilizar os recursos existentes, mesmo quando escasso. O caso do soro caseiro é ilustrativo. Água, sal e açúcar, devidamente medidos e misturados, podem salvar a vida de uma criança, mas é preciso saber como preparar. Lavor comenta sobre o trabalho dos Agentes com destaque para o caráter educativo:

E o trabalho educativo do agente de saúde foi essencial, com mais o trabalho de puericultura. Esses dois trabalhos juntos é que realmente fizeram reduzir a mortalidade infantil. [...] praticamente acabamos as doenças que podiam ser prevenidas com vacinas, tipo o sarampo e isso tudo se resolveu e as doenças tipo a diarreia diminuíram muito (LAVOR apud ANDRADE, 2016, p. 108).

Em 1990, no último ano do mandato do governador Jereissati, a mortalidade infantil havia sido reduzida para 65 por mil nascidos vivos (recordemos que três anos antes eram 102). Após um ano de ações emergenciais, o governo do Estado criou o Programa Agentes de Saúde, tornando-o permanente que, posteriormente, espalhou-se pelo Nordeste e, em 1991 foi assumido pelo governo Federal e ampliado para todo país. É importante destacar: a continuidade do projeto pelos governos posteriores foi fundamental para alcançar os resultados (SANTANA; CASTRO, 2016).

O uso de uma alternativa simples e de baixo custo se mostrou de grande eficácia para alcançar o objetivo da redução da mortalidade infantil, através de ações de caráter educativo, o que comprovou a tese de que, além de recursos financeiros, é preciso ter iniciativas, em muitos casos, ousadas, certo de que outros caminhos são possíveis.

Um dos pontos principais, considerado chave para a redução da TMI, foi conseguir que as mães entendessem a importância do aleitamento que, por consequência, reduzia casos de infecção e adoecimento, em geral. A aproximação com as mães para a construção de relações, através das quais o trabalho educativo se fez possível, seria inviável sem uma mobilização específica, algo inviável para os serviços de saúde de modalidade apenas assistencial.

De acordo com Nations (2009), esta forma de organizar as ações e efetivá-las promove um confronto com o pensamento médico hegemônico e enfatiza um novo olhar, de viés antropológico, capaz de considerar elementos culturais locais da dinâmica de vida como importantes para os cuidados em saúde. Assim, a antropologia médica demonstra a possibilidade de criação de um modelo

alternativo de educação em saúde, baseado em uma concepção popular e eficaz em seus resultados.

As iniciativas observadas em Jucás reúnem importantes elementos que permitem identificá-las com a educação popular, mais especificamente, com a educação popular em saúde, cujos referenciais teóricos e metodológicos são afirmados por Lavor quando diz ter sido influenciado por Paulo Freire, em especial, por sua concepção de autonomia, que o ajudou a melhor entender as relações entre saúde, doença e sociedade. O médico lembra ainda que utilizou o autor como referência em outros momentos, para processos formativos com Agentes de Saúde (SANTANA; CASTRO, 2016, p. 45, 51).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desnutrição promovida pela fome e agravada por outros problemas de saúde, como infecções e diarreias, impediu a continuidade da vida de muitas crianças, especialmente no Nordeste que, no último quartel do século XX acumulava os maiores números referentes às taxas de mortalidade infantil – TMI do país. Em alguns Estados a situação era mais grave, como no Ceará, que enfrentou prolongadas e fortes secas cujas consequências contribuíram para o crescimento acentuado das taxas.

O Ceará, contudo, conseguiu combater a mortalidade infantil e outros problemas de forma estratégica, quando, a partir do fim da década de 1970, incluiu medidas de caráter educativo na atenção às famílias mais afetadas pela seca, através do ensino às mães a respeito da importância de determinadas ações como o aleitamento e a vacinação, por exemplo.

Iniciativas de pessoas sem qualificação profissional, profissionais especializados e gestores comprometidos com o social, podem ser elementos fundamentais para o desenvolvimento sustentável em um município, estado, região ou país. O caso do Ceará é ilustrativo e corrobora a ideia de que ações educativas, aliadas a outros instrumentos, são potencialmente eficazes no trabalho de melhoria da saúde das populações, especialmente das mais carentes. A progressiva redução de indicadores, que mostram significativas melhoras no quadro de saúde no país, afirmam esta ideia.

Foi possível verificar que, uma oportuna compreensão dos problemas sociais pelos gestores foi fundamental para traçar estratégias de forma mais eficiente. A reorientação do destino dos recursos, recebidos em períodos de seca,

demonstrou como é possível em contextos difíceis criar alternativas, com capacidade de soluções de problemas sociais.

Os resultados alcançados em pouco tempo no Ceará mostraram o quanto o trabalho educativo popular em saúde é potente para o enfrentamento dos problemas sociais. Os trabalhos de promoção em saúde executados pelos agentes foram fundamentais para alcançar os bons resultados na redução da mortalidade infantil e contribuíram para dar pausa ao som fúnebre frequentemente ouvido, permitindo afirmar com alegria o que se dizia nas rodas de conversas em Lucas: “... e o sino parou de tocar”!

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. M. O. **O valor social da criança para o governo**: motivações dos gestores públicos do Ceará para priorizar a saúde infantil. 188 f. Tese (doutorado em saúde coletiva). Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2016.

ARAÚJO, Sergio Murilo S. A região semiárida do Nordeste do Brasil: questões ambientais e possibilidades de uso sustentável dos recursos. **Revista Rios Eletrônica**. Ano 5, n. 5 dez, 2011. Disponível em: <https://www.fasete.edu.br/revistas/media/revistas/2011/5/a_regiao_semiarida_do_nordeste_do_brasil.pdf>. Acesso em 10 de set. 2019

BARRETO, Pedro H. Seca, fenômeno na vida dos nordestinos. **Revista Desafios do Conhecimento**. IPEA, Brasília, Ano 6. Ed. 48, 2009. Disponível em <http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1214:reportagens-materias&Itemid=39>. Acesso em 15 de set. 2019.

BEZERRA-FILHO, J. G.; KERR-PONTES, L. R. S.; BARRETO, M. L. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. **Revista Brasileira de Saúde Materna e infantil**. Recife, 7 (2): 135-142, abr/ jun., 2007. Acesso em 15 de set. 2019

BRASIL. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Indicadores de mortalidade**. Ministério da Saúde, 2000. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm>>. Acesso em 20 de set. 2019.

CAMPOS, N. A. **A grande seca de 1979 a 1983**: um estudo de caso das ações do governo federal em duas sub-regiões do estado do Ceará (Sertão Central e Sertão dos Inhamuns). 2004. 174 f. Dissertação (mestrado em Ciências Sociais) Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal de Santa Catarina, São Carlos, 2004. Disponível em <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/1484>>. Acesso em: 17 set. 2019

Carta de Ottawa. *Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde*. Ottawa; 1986. Disponível em: <<https://opas.org.br/carta-de-ottawa/>>. Acesso em: 19 set. 2019.

CARLEIAL, L. M; OLIVEIRA, Aécio A. Impactos da seca sobre as condições ocupacionais nas áreas urbanas e rurais do Ceará na década de 1980. In: MAGALHAES, A. R.; BEZERRA NETO, Eduardo (Org.). **Impactos sociais e econômicos de variações climáticas e respostas governamentais no Brasil**. Fortaleza: IOCE, 1980.

CPT, CEPAC, IBASE. **O genocídio do Nordeste**: 1979-1983. São Paulo. Mandacaru, (s/d).

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, Atlas, 2002.

IBGE. **Evolução e perspectiva da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro, IBGE, 1999. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/pt/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=26685>> Acesso em 10 de set. de 2019.

IBGE. Brasil em síntese. **Taxas de mortalidade infantil**. Disponível em: <<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>>. Acesso em 18 de set. de 2019

LAVOR, A. C; LAVOR, M. C; LAVOR, I. C. Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **Revista Sanare**. Ano V, n.1, Jan./Fev./Mar. 2004. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/130/122>> Acesso em 12 de set. de 2019.

LAVOR, A. C. H. O Agente Comunitário: um novo profissional da saúde. In: **Memórias da saúde da família no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em 12 de set. 2019

LOPES, H. **De qué manera la educación de adultos puede salvar tu vida**. In: Educación de adultos y Desarrollo. DVV International. 85, 2018.

MINAYO, M. C. de S.; D'ELIA, J. C.; SVITONE, E. **O Programa Agentes de Saúde do Ceará**: um estudo de caso. Fortaleza: UNICEF, set. 1990.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. Ed. São Paulo, Hucitec, 2007.

NATIONS, M. **Corte a mortalha**: o cálculo humano da morte infantil no Ceará. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2009. 192p. (Coleção Antropologia e Saúde). Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/fmnch>>. Acesso em: 15 de set. 2019.

ONU. Organização das Nações Unidas no Brasil. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em 17 de set. 2019.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo, Atlas, 1990.

SANTANA, José Paranguá; CASTRO, Janete Lima. **Os sanitaristas de Jucás e o Agente de Saúde**: Uma Entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor. Natal: Una, 2016.

SANTANA, J. F. N. P. **Estudo sobre a saúde infantil no projeto Planaltina – DF 1978**. 1980. 146 f. Dissertação (mestrado em medicina tropical) Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical. Universidade de Brasília, Brasília – DF, 1980.

SILVA, J. A. da; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

SILVA, A. C. *et al.* Reducing child mortality: the contribution of Ceará state, northeast of Brazil, on achieving the Millennium Development Goal 4 in Brazil. **Maternal and Child Health Journal**. v. 19, n. 4, p. 700-706, apr. 2015.

TENDLER, J. **Bom governo nos trópicos**: uma visão crítica. Tradução de Maria Cristina Cupertino. Rio de Janeiro: Editora Revan, Brasília: DF: ENAP, 1998. (Tradução de: Good government in the tropics).

UNICEF. **Situação mundial da infância, 2008**. Brasília: UNICEF, 2008.

VASCONCELOS, E. M. **A medicina e o pobre**. São Paulo: Paulinas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.