

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E  
INSTITUCIONAL**

**Janete Schubert**

**MODOS DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ENTRE  
O DISCURSO INSTITUCIONAL E O COTIDIANO DE VULNERABILIDADE**

**Porto Alegre  
2009**

**Janete Schubert**

**MODOS DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ENTRE  
O DISCURSO INSTITUCIONAL E O COTIDIANO DE VULNERABILIDADE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional. Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Rosane Azevedo  
Neves da Silva.

Porto Alegre  
2009

O inferno dos vivos não é algo que será; se existe é aquele que já está aqui, o inferno no qual vivemos todos os dias, que formamos estando juntos.

Existem duas maneiras de não sofrer. A primeira é fácil para a maioria das pessoas: aceitar o inferno e tornar-se parte deste até deixar de percebê-lo. A segunda é arriscada e exige ação e aprendizagens contínuas: tentar saber reconhecer quem e o quê no meio do inferno não é inferno e preservá-lo e abrir espaço.

(Calvino, Ítalo. *Le città invisibili* ).

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Rosane Neves da Silva por seu apoio, confiança e disponibilidade.

À minha avó Clara (*in memorium*) cuja força me alimenta e me impede de desistir. Aos meus pais, Abílio e Natalia, por seus ensinamentos valiosos. Aos meus queridos irmãos, Eliete, Elaine, Guilherme e Janaína, cuja existência dá sentido a minha.

Aos meus queridos e especiais amigos Alcione, Anne, Camila, Cindy Ouellet, Elizandra, Elza, Fausto, Liamar, Luciana Monteiro, Madson e Ruben.

À professora Daniela Knauth pelas discussões.

Aos Agentes Comunitários de Saúde da unidade pesquisada, sem os quais, este estudo não teria sido possível.

As valiosas interlocuções e compartilhamento de experiências de Annelise Krause, Camila Giugliani, Caroline Reppold, Denise Nascimento, Gustavo Zambenedetti, Marcos Breunig, Michele Cervo, Ruben Lemke, Vânia Mello e Omar Bravo.

Ao apoio de Álvaro Lima, Vilson Arend e Lisandro Signori.

À CAPES, pela auxílio financeiro.

## RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo analisar os modos de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), identificando as situações de vulnerabilidade no cotidiano destes trabalhadores que, a partir de 1991, passam a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS). Realizou-se uma pesquisa qualitativa baseada na observação participante do trabalho dos ACS, acompanhando-se as visitas domiciliares e demais rotinas de trabalho por um período de quatro meses em uma unidade de Saúde da Família no município de Porto Alegre. O contato com o complexo universo de trabalho em que circulam os ACS sensibilizou-nos para as diversas situações de sofrimento que atravessam suas práticas. A partir do conceito de vulnerabilidade, elaborou-se um plano de análise tomando três dimensões para problematizar o fazer dos ACS: uma dimensão político-institucional, uma relativa às situações que perpassam o cotidiano deste trabalhador e outra relativa ao sofrimento a que este trabalhador encontra-se exposto. Essas dimensões não existem separadamente, uma vez que elas se inter-relacionam e se afetam mutuamente. Concluiu-se que diferentes racionalidades políticas, sociais e culturais interferem na prática dos ACS e que a desprecarização dos vínculos de trabalho, assim como um maior investimento na formação e na remuneração são necessárias sem, contudo, serem suficientes para amenizar o sofrimento deste trabalhador.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Modos de Trabalho, Vulnerabilidade, Psicologia Social.

## ABSTRACT

This dissertation analyzes the working methods and the situations of vulnerability which appear on the daily activities of Community Health Workers (Agentes Comunitários de Saúde - ACS), who have since 1991 integrated the Brazilian Health Care System (Sistema Único de Saúde – SUS). A qualitative research was conducted, following the observação participante methodology – accompanying house visits and the daily work routines of the ACSs for a period of four months in a Community Health facility in Porto Alegre city. By acknowledging the complex variety of situations ACSs get involved with during their work hours, we became aware of many suffering situations directly connected with their practices. Using Mann's concept of vulnerability (1993), this study elaborates a scheme designed to comprehend the three different dimensions of suffering that interfere with ACSs procedures: a political-institutional dimension, a second dimension that relates to everyday routines in those workers' lives, and still a third one that embraces the sufferings inflicted directly on him/her. These dimensions cannot be set apart, for they are interrelated and affect each other. The conclusion is that political, social and cultural rationalities influence an ACS's work, and that large scale changes such as better job conditions, major investments in professional training and pay raises – but not solely - are necessary to lessen the workers' suffering.

Key-words: Community Health Workers', Ways of Working, Vulnerability, Social Psychology

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACE – Agente de Combate às endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNACS – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização de Ações Básicas de Saúde e Saneamento

PSF – Programa de Saúde da Família

PREPS - Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1</b>	<b>O SUS E AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO BÁSICA: A CRIAÇÃO DO PACS E DA ESF.....</b>	<b>16</b>
1.1	CENÁRIO NACIONAL DA ESF.....	28
<b>2</b>	<b>APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO DE PESQUISA.....</b>	<b>33</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>39</b>
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1</b>	<b>DIMENSÃO POLÍTICA-ADMINISTRATIVA .....</b>	<b>42</b>
4.1.1	Formação.....	42
4.1.2	Formas de contratação dos ACS.....	51
4.1.3	Remuneração.....	54
<b>4.2</b>	<b>DIMENSÃO DO COTIDIANO DE TRABALHO DOS ACS.....</b>	<b>56</b>
<b>4.3</b>	<b>DIMENSÃO DO SOFRIMENTO DO ACS.....</b>	<b>77</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>85</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>90</b>
	<b>ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b>	<b>96</b>
	<b>ANEXO B – Termo de Ciência e Autorização (TCA).....</b>	<b>98</b>
	<b>ANEXO C – Lei 11 350/2006.....</b>	<b>100</b>



## INTRODUÇÃO

A proposta de reorientação da Atenção Básica no país através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família<sup>1</sup> (PSF) tem voltado a atenção internacional para o Brasil. Recentemente em seu relatório anual a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou a adoção da Atenção Primária à saúde em todos os países e destacou o Brasil como exemplo dessas iniciativas<sup>2</sup>.

O PACS, implantado em 1991, recuperou diversas iniciativas nacionais anteriores, mas foi inspirado principalmente na emblemática experiência com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no estado do Ceará a partir do ano de 1987. A melhoria nos indicadores básicos de saúde no estado do Ceará fez com que este programa adquirisse grande visibilidade no país, sendo posteriormente adotado como uma política nacional. Na seqüência do PACS, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994.

O PACS e o PSF inauguram uma nova política na saúde cujo objetivo maior é a reversão de um modelo de assistência baseado na clínica médica tradicional, passando para um modelo em que os processos saúde/doença não são pensados do ponto de vista individual, mas a partir do sujeito enquanto ser social. Estas propostas se inserem na discussão de uma nova concepção de saúde, principalmente a partir da adoção do conceito ampliado de saúde

---

<sup>1</sup> Em 2006, a partir da publicação da Portaria nº 648 do Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família passou a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), para marcar este objetivo de reversão do modelo em direção de uma atenção integral à saúde. Desta forma, neste trabalho conforme Portaria nº. 648 se adotará a nomenclatura ESF.

<sup>2</sup>O documento, intitulado *Atenção Primária à Saúde*, agora mais do que nunca, recomenda que os países adotem cuidados primários de saúde em suas políticas numa tentativa de combater a desigualdade e ineficiências dos problemas de saúde. Nesse sentido, a OMS destaca iniciativas como o Programa Saúde da Família e os observatórios de Recursos Humanos em Saúde como modelos a serem seguidos já que demonstraram bons resultados para aprimorar o sistema público de saúde no Brasil. De acordo com o relatório, há uma grande desigualdade no acesso à saúde, no custo e nos resultados das políticas de saúde ao redor do mundo. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-e-exemplo-na-atencao-basica-a-saude-diz-oms,259481,0.htm>> Acesso em: 14 nov. 2008.

conforme lei orgânica 8080/90. Nesse mesmo sentido, pode-se acrescentar a discussão proposta por Martins (2008), que aponta ser necessário compreender a saúde como um fenômeno social, resultante das interações humanas e produto da vida em sociedade.

A partir da implantação do PACS, em 1991, um novo trabalhador passa a integrar as equipes de saúde: o agente comunitário de saúde (ACS). Este profissional, de acordo com a legislação em vigor (lei 11.350 de outubro de 2006), deve atender às seguintes exigências: viver na própria comunidade em que atua, possuir ensino fundamental completo e concluir o curso introdutório de ACS. Tais trabalhadores têm como funções o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

No Brasil, uma das idéias que norteia o trabalho do agente comunitário de saúde é que este possa servir como elo entre a comunidade e o sistema de saúde (SILVA; DALMASO, 2002). Neste sentido, o ACS pode ser considerado o personagem mais *intrigante* que compõe a Estratégia de Saúde da Família (NUNES *et al.*, 2002). Trata-se de um profissional que não pode ser agrupado em categorias que preexistem historicamente no campo da saúde (*idem*, *ibidem*), sendo por isto considerado também um trabalhador *sui generis* (NOGUEIRA, SILVA; RAMOS, 2000). Conforme alguns pesquisadores (NUNES *et al.*, 2002; SILVA; DALMASO, 2002), este trabalhador possui uma especificidade em relação aos demais profissionais que integram as unidades de Estratégia de Saúde de Família, pois suas funções transcendem o campo da saúde, atuando sobre as condições de vida da população. Ao utilizar-se o conceito ampliado em saúde (leis nº. 8.080/90; nº. 8.142/90), entretanto, agir sobre as condições de vida da população também significa produzir saúde.

A incorporação deste novo agente na saúde tem suscitado importantes debates. Ao integrar a equipe de saúde esse trabalhador traz consigo suas redes, suas experiências de participação em grupos, clubes, enfim, sua vida em comunidade (FONTES, 2008). O surgimento desse novo ator provoca, no nosso entender, um tensionamento nas concepções sobre os processos

saúde/doença, possibilitando um canal de participação da comunidade na unidade de saúde e fazendo com que suas demandas sejam mais facilmente reconhecidas. Além de colocar em xeque algumas racionalidades médicas, funciona como um importante comunicador entre o universo existencial dos usuários e da unidade de saúde. O trabalho dos ACS tem sido alvo de importantes discussões, uma vez que a existência deste novo profissional nas equipes de saúde levanta questões de extrema relevância. Daí nosso interesse em realizar esta pesquisa sobre os modos de trabalhar dos agentes comunitários de saúde.

Nosso contato com o complexo universo em que circulam os ACS exigiu um esforço singular para que pudéssemos entender as dificuldades que estes profissionais enfrentam em seu cotidiano de trabalho. Estas “andanças” possibilitaram questionar os problemas relativos ao modo como se operacionaliza a ESF. Sua proposta, em termos políticos, representa um belo esboço, mas que para atingir seus objetivos, tal como preconizado institucionalmente, ainda tem um longo caminho a percorrer. O PACS, apesar de ser um programa inovador, possui várias carências para que os ACS sejam devidamente valorizados no papel que desempenham junto à comunidade.

Este estudo resulta de quatro meses de pesquisa em uma unidade de saúde no município de Porto Alegre. Utilizou-se a metodologia qualitativa através de observação participante. Nossa inserção no campo teve por objetivo analisar as situações que tornam vulnerável a atuação deste trabalhador a partir das contribuições da Psicologia Social. A observação participante do trabalho dos ACS durante nossa permanência no campo, demonstrou que o problema de pesquisa proposto envolvia questões amplas, principalmente de ordem econômica, política, social e cultural. Esta imersão no campo pesquisado suscitou uma série de questionamentos. Como dar conta da complexidade das situações vivenciadas? Como englobar teoricamente as nossas evidências? De quais possibilidades teóricas lançar mão? A saída encontrada para este impasse foi agregar à nossa análise conceitos oriundos de outros campos do saber, principalmente da sociologia, para tentar circundar as problemáticas com que nos deparamos.

Ao optar por esta alternativa, reitera-se a discussão proposta por Martins (2008, p. 9) ao afirmar que “no Brasil, nas últimas três décadas, existe a construção de um saber de fronteira entre a sociologia, a antropologia, as psicologias e as ciências da saúde objetivando uma nova compreensão sobre a relação entre saúde, sociedade e cultura”. Entendemos que a compreensão do nosso objeto de pesquisa demandava conhecimentos que se situariam na fronteira de alguns campos de saber, tarefa que desde o início nos pareceu árdua.

Para analisar as situações que impactam nos modos de trabalho do ACS propõe-se a utilização do conceito de vulnerabilidade<sup>3</sup>. Por que utilizar o conceito de vulnerabilidade para pensar os modos de trabalho dos ACS? Este trabalhador diferentemente dos demais integrantes da equipe da unidade de saúde, recebe menos formação, menor remuneração, e está em contato direto com os problemas de sua comunidade. Inclusive em muitos casos sendo ele próprio surpreendido pelos problemas que a maioria dos usuários de sua área enfrenta. Pode-se observar, a partir da análise das problemáticas vivenciadas pelos ACS, que tanto as questões político-administrativas como as situações complexas com que se deparam em seu cotidiano criam um campo de vulnerabilidade para este trabalhador.

O modelo de vulnerabilidade proposto pioneiramente por Mann e colaboradores<sup>4</sup> apresenta uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. De acordo com Ayres (1999), Mann e sua equipe,

---

<sup>3</sup> O conceito de vulnerabilidade nasceu na área dos Direitos Humanos, tendo sido incorporado ao campo da Saúde a partir dos trabalhos realizados na Escola de Saúde Pública de Harvard por Mann sobre a epidemia da AIDS. O fato de a epidemia ter sido inicialmente associada a um grupo de risco contribuiu para que esta doença fosse pensada sendo “do outro”. No entanto, o avanço do conhecimento sobre a doença, na segunda metade da década de 1980, aliada a uma maior disseminação de informações e à pressão exercida por aqueles grupos considerados “de risco” contribuíram para o surgimento de outro conceito, que ficou conhecido como “comportamento de risco”. Houve uma mudança no entendimento da síndrome, com deslocamento da explicação de um “grupo de risco” para a explicitação da suscetibilidade “coletiva”, isto é, a noção de que todos são suscetíveis. No entanto, com o avanço dos estudos sobre a doença, ficou mais evidente a ocorrência da síndrome nos grupos socialmente mais vulneráveis, como os pobres, as mulheres e os jovens. A partir disto, Mann e colaboradores (1993) incluíram em seus trabalhos o conceito de vulnerabilidade.

<sup>4</sup> Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.

buscando articular os aspectos envolvidos na contaminação pelo HIV, estabeleceram uma classificação de vulnerabilidade baseada em três eixos interdependentes de determinação: social, individual e programático ou institucional, apontando-os como os principais determinantes da infecção pelo HIV de pessoas, grupos ou nações<sup>5</sup>.

Nesta dissertação analisam-se as situações de trabalho vivenciadas pelos ACS utilizando o modelo de vulnerabilidade a partir de três eixos: 1. um eixo programático ou institucional relativo às questões políticas que incidem no trabalho dos ACS; 2. um eixo social relacionado às questões que marcam o cotidiano de trabalho destes trabalhadores e 3. um eixo que expressa as situações que produzem sofrimento nestes trabalhadores. Considerar estas dimensões é necessário uma vez que existe uma diferença substancial no universo dos ACS e dos demais integrantes das equipes de saúde. Desta forma, a partir desta construção teórica por analogia aos eixos que constituem a vulnerabilidade, entende-se que nos modos de trabalho dos ACS se articulam três dimensões: uma político-administrativa, uma relativa ao cotidiano de trabalho e outra referente ao sofrimento proporcionado pelo trabalho. Cada um destes âmbitos abarca uma série de outros domínios. O âmbito político-administrativo engloba a questão da formação, as formas de contratação e a remuneração. O cotidiano de trabalho dos ACS abarca as situações que constituem as práticas deste trabalhador, principalmente a relação dos ACS com a equipe multiprofissional e a comunidade. O terceiro âmbito, relativo ao sofrimento destes trabalhadores, engloba questões referentes a como eles percebem o seu próprio trabalho e à expectativa que recai sobre os ACS a partir do sistema de valores e crenças com que a equipe de saúde e a comunidade interagem com estes novos

---

<sup>5</sup> O eixo social inclui condições sociais e econômicas, acesso à informação, à educação, à assistência social e à saúde, a garantia de respeito aos direitos humanos e a situação sócio-política e cultural do indivíduo. O eixo programático ou institucional associa-se a programas voltados especificamente para a prevenção, controle e assistência aos portadores de HIV/aids. O eixo individual refere-se ao acesso a recursos que possibilitam a adoção de comportamentos seguros ou, ao contrário, que possibilitem a infecção pelo HIV. Este último eixo está intrinsecamente relacionado com os eixos social e programático. Deste modo, foi possível ultrapassar a visão de que o comportamento seguro em relação à aids dependia apenas de ações individuais. Associados à pobreza, outros fatores como as mudanças provocadas pelo momento de transição entre a adolescência e a vida adulta contribuem para potencializar uma maior suscetibilidade do jovem ao risco.

atores.

Neste estudo serão analisados os pontos que mais impactaram durante a realização da pesquisa empírica. Vale dizer, os assuntos que mais freqüentemente foram aludidos pelos atores pesquisados, visto que quase todos os temas possuem um nível de complexidade tal que por si só exigiria um estudo independente. A intenção então é entender como essas situações incidem nos modos de trabalho dos ACS, conforme o objetivo deste estudo

Na pesquisa em saúde, muitos conceitos são tomados *a priori*, mas não esqueçamos que as nomenclaturas constituem disputas entre campos do conhecimento. Assim, palavras como comunidade, família, território e usuário mereceriam certamente uma discussão mais detalhada, uma vez que estes termos são utilizados como categorias políticas. Cabe ressaltar ainda que não há significados totalizantes para estas palavras e certamente não há univocidade com relação a nenhuma delas. Portanto, deixamos nossa ressalva de que esses conceitos requerem problematizações próprias, principalmente quando deixam de ser categorias políticas para serem efetivados no mundo vivido.

No primeiro capítulo deste estudo discutem-se questões relativas ao surgimento do PACS e da ESF no contexto do Sistema Único de Saúde, destacando os pressupostos destes programas na Atenção Primária. Problematisa-se a criação do PACS no contexto neoliberal, discutindo de que forma as propostas políticas e econômicas interferem nos pacotes que são “sugeridos” para a saúde na América Latina. Faz-se um breve histórico do surgimento do ACS. Ilustra-se o cenário nacional da Estratégia de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde como forma de demonstrar a ampliação destes programas no país.

No segundo capítulo se apresenta o cenário da pesquisa, caracterizando a unidade de saúde observada.

No terceiro capítulo discorre-se sobre o método de pesquisa utilizado, destacando algumas questões importantes sobre a forma como a pesquisa foi realizada.

No quarto capítulo apresentam-se e discutem-se os principais resultados da pesquisa. Neste capítulo será discutido a formação dos ACS, bem como as formas de contratação e de remuneração deste importante recurso

humano. Será caracterizado o trabalho dos ACS e problematizado de que forma se estabelece a relação dos ACS com o restante da equipe. Discute-se ainda que tipo de expectativa recai sobre o trabalho dos ACS e de que forma elas produzem sofrimento neste trabalhador.

Nas considerações finais são retomados pontos importantes acerca da discussão dos modos de trabalho dos ACS, principalmente o paradoxo que existe entre a formulação de políticas públicas, no caso o PACS, e a execução destas na prática. Discute-se ainda que mudanças são necessárias para alterar as situações que produzem sofrimento no cotidiano dos ACS

## **1. O SUS E AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO BÁSICA: A CRIAÇÃO DO PACS E DA ESF**

A partir da Constituição Federal de 1988 se definem políticas sociais visando à construção de uma cidadania social. No campo da saúde, passa a existir uma nova compreensão, considerando-se que o sistema de saúde que existia até a promulgação da Constituição garantia somente o atendimento aos trabalhadores que tinham carteira de trabalho assinada. Dentro desse sistema, aqueles trabalhadores que não eram assalariados, mas dispunham de recursos financeiros, eram assistidos por médicos particulares e, em casos de internação pagavam por este serviço. A parcela da população excluída do mercado formal de trabalho e em maior vulnerabilidade econômica restava o atendimento gratuito ofertado pelas Santas Casas de Misericórdia ou por postos de saúde municipais, estaduais e hospitais universitários.

Como resultado deste processo de mudança político-administrativo, instaurado a partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil adotou, com a lei orgânica 8080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS). A criação do SUS teve como propósito reverter a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, visando universalizar o acesso ao atendimento, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer pessoa.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, consistiu no marco histórico da confluência de movimentos sociais na reivindicação da “saúde como direito de todos e dever do Estado” consignada na Constituição Federal de 1988 e foi fortemente influenciada pelas recomendações presentes na Declaração de Alma-Ata (1978), incorporada como bandeira de luta para constituição do SUS.

A Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada na cidade Russa de Alma-Ata em setembro de 1978, define a Atenção Primária como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas [...] colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da



comunidade [...]. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato [...] com o sistema nacional de saúde, pelos quais os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA<sup>6</sup>, 1978, p. 2).

Conforme documento do Ministério da Saúde (2004):

Ao garantir a universalidade do acesso, a Constituição Federal intensificou a demanda aos serviços de saúde, tradicionalmente centrados no eixo hospitalar. Buscando criar estratégias para reverter esse modelo e atender à demanda crescente, várias experiências, em nível local, começaram a surgir priorizando ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, incorporando, em muitas delas, as contribuições da própria população, por meio de sua cultura no “saber fazer” os cuidados com sua própria saúde. Essas experiências influenciaram a concepção do **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)** em 1991 e posteriormente do **Programa de Saúde da Família (PSF)** em 1994 (BRASIL, 2004, p.10, grifo nosso).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge filiada conceitualmente à corrente da Saúde Coletiva brasileira denominada Vigilância à Saúde, o programa tem como premissa básica à vigilância aos fatores determinantes das condições de saúde da população de um território adscrito. A Reforma Sanitária é um movimento que surgiu no final dos anos 80, conseguindo pautar muitos debates sobre as políticas públicas e práticas sanitárias no decorrer dos anos 90. Dentre estes debates, destaca-se a adoção do ESF e do PACS como alternativa para a Atenção Básica no país. Esta corrente sugere que a ênfase recaia nas práticas sanitárias que visem o enfrentamento dos problemas relacionados com as condições de vida de uma população adscrita e que as ações de saúde tenham um impacto positivo nas condições de existência dos grupos populacionais (CARVALHO, 2002).

Entre as idéias principais que norteiam essa proposta podemos destacar: o conceito ampliado em saúde que, conforme afirma a lei 8080/90, tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação,

---

<sup>6</sup> Declaração de Alma-ata, 1978. Disponível em < <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> > Acesso em: mar. de 2008.

o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país; a necessidade da criação de vínculos entre profissionais de saúde e comunidade; o desenvolvimento de ações em perspectiva dos múltiplos saberes, promovendo um cuidado integral; a prerrogativa da promoção de saúde e a tentativa de melhoria na qualidade de vida da população em geral. A partir das discussões para a organização do SUS, o processo saúde-doença é visto não apenas como um acontecimento biológico, mas como expressão de um conjunto de fatores sociais (BLEICHER, 2003).

Este foi o modo idealizado para pôr em prática os princípios norteadores das ações do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização. Segundo o Ministério da Saúde, estes princípios representam:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. (BRASIL, 2007, p. 10).

A intenção político-administrativa é que a ESF seja implantada nos municípios de todo o país como uma estratégia de reordenação do modelo de Atenção Básica e reversão de um enfoque centrado unicamente na cura biológica de indivíduos, para um modelo de promoção integral de saúde para a família e a comunidade. O programa é formado por equipes multiprofissionais que são compostas, em sua maioria, por enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Esta equipe pode ser ampliada, podendo também contar com dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnico em higiene bucal.

Um dos principais propósitos da Estratégia de Saúde da Família é

ampliar as possibilidades de intervenção sobre o processo saúde-doença, tomando o modelo de determinação social do estado de saúde da população de um território. Segundo Machado *et al.* (2006), o principal diferencial do trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família é a possibilidade de construir intervenções no território onde vivem as famílias e as comunidades. Fato que possibilita uma visão ampliada do processo saúde-doença, potencializando desta forma a realização de ações de maior impacto sobre a existência das pessoas, porque contextualizadas socialmente.

Baseado no documento do Ministério da Saúde, “Saúde da Família: Uma estratégia para a organização da Atenção Básica”, Goulart traz algumas definições norteadoras da proposta da ESF:

(a) ser a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde; (b) ter um território definido com uma população delimitada sob sua responsabilidade; (c) ter como centro de atenção a família, inserida em seu meio social; (d) intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; (e) prestar assistência integral, permanente e de qualidade; (f) realizar atividades de educação e de promoção da saúde; (g) estabelecer vínculos de compromisso e de coresponsabilidade entre o serviço de saúde e a população; (h) estimular a organização das comunidades para exercer o efetivo controle social das ações e serviços de saúde; (i) utilizar os sistemas de informação para o monitoramento das ações e para a tomada de decisões. (GOULART, 2002, p. 51)

No Brasil, os Agentes Comunitários de Saúde se constituíram como “linha de frente” da Atenção Primária a Saúde, sendo considerados pelos documentos oficiais sua “mola propulsora”. Se os debates no campo da saúde se consolidam através das práticas, estes trabalhadores de saúde são os que inscrevem estes debates mais perto do social, levando o paradoxo entre o cuidado e o controle das populações às paisagens mais longínquas, aos territórios mais áridos e empobrecidos e com as populações mais vulneráveis. Este trabalhador se encontra no epicentro da luta pela atenção integral e pela universalidade de acesso à saúde.

Institucionalmente, conforme preconiza o Ministério da Saúde, as equipes de ESF são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e atuam através de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e

agravos mais freqüentes e na manutenção da saúde desta comunidade (Brasil, Ministério da Saúde, 2008<sup>7</sup>). O número de agentes se estabelece de acordo com proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas ou 100 a 150 famílias.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do Sistema Único de Saúde (SUS): a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontram-se em atividade no país 220.080 mil ACS<sup>8</sup>, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados.

Lima e Moura (2004) destacam que o PACS pode ser considerado uma forma de “discriminação positiva”, focalizando atenção nos grupos mais excluídos para atingir melhores patamares de equidade. Apontam também que mesmo com tantas contradições a comunidade passa a receber serviços dos quais sempre fora excluída e a ter alguma possibilidade de controle sobre esses serviços. Conforme Viana e Dal Poz (2008) estes dois programas, o PACS e o PSF, foram desenvolvidos ao longo dos anos 90 com uma lógica de seletividade de clientela no âmbito do SUS, demonstrando que é possível realizar experiências de focalização dentro de um sistema que, em princípio, é universalista.

No entanto, é necessário problematizar em que contextos emergem as políticas de reorientação da Atenção Básica em nosso país. No âmbito político-administrativo, constata-se que este trabalhador em saúde surge no contexto de ajuste neoliberal na América Latina, em que um conjunto de propostas do Banco Mundial é aceito por diversos países (BANCO MUNDIAL, *INVESTING IN HEALTH*, 1993). Os ditames dos organismos internacionais apontam no sentido da redução do papel do estado, corte nos gastos com saúde e maior racionalidade nos investimentos, focalização da atenção à população mais

---

<sup>7</sup> Retirado de <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> acesso em 28 de Abril de 2008.

<sup>8</sup> Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> acesso em 11 Nov de 2008.

carente e articulação entre serviços sociais e saúde. (CAMPOS, 1992; SOARES, 2000; MISOZSKI, 2002; MENDONÇA, 2004). O objetivo destes programas é que a sociedade civil assuma deveres que seriam de responsabilidade do estado. Visam ainda investir na educação em saúde para que a própria população possa atuar no autocuidado. O chamado ajuste neoliberal<sup>9</sup> (SOARES, 2000) na América Latina nos anos 90<sup>10</sup>.

O Banco Mundial escolhe como tema de seu relatório de desenvolvimento em 1993 - *investing in health*, que tem como um dos focos centrais a proposição de um pacote essencial básico para os países em desenvolvimento, baseado em análises de custo-efetividade de uma série de intervenções sobre uma lista de doenças freqüentes nestes países (MISOCZKY, 2002). Este relatório do Banco Mundial de 1993 propõe uma abordagem, para as políticas governamentais, de melhoria a saúde, baseada em três eixos:

Propiciar um ambiente que possibilite as famílias a melhorar a saúde – além de promover o crescimento econômico como um todo, os governos podem ajudar a melhorar as decisões das famílias se desenvolvem políticas econômicas que beneficiem os pobres (incluindo, quando necessário, políticas de ajuste que preservem o custo-efetividade dos gastos em saúde); expandir o investimento em escolas, particularmente para as meninas; promover os direitos e status de mulheres (...)

Melhorar o gasto governamental em saúde – O desafio para a maior parte dos governos é concentrar os recursos na compensação de falhas do mercado e financiar de modo eficiente, serviços que vão beneficiar particularmente os pobres. Várias direções para as políticas respondem a estes desafios: reduzir o gasto governamental em serviços terciários, no treinamento de especialistas e em intervenções que trazem pouco ganho de saúde para o dinheiro gasto; lidar com as externalidades substanciais que cercam doenças infecciosas, prevenção da AIDS, poluição ambiental, e comportamentos (tais como dirigir embriagado) que colocam outros em risco, **financiar e assegurar a provisão de um pacote de serviços essenciais**. A abrangência e composição deste pacote só pode ser definida por cada país, levando em consideração as condições epidemiológicas, preferências locais, e renda. Em muitos países o politicamente aceitável (...). Melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde governamentais, através de medidas tais como a

---

<sup>9</sup> O ajuste neoliberal não é apenas de natureza econômica: faz parte de uma redefinição global do campo político-administrativo e das relações sociais. Passa a existir um outro projeto de “reintegração social”, com parâmetros distintos daqueles que entraram em crise a partir dos anos 70. Os pobres passam a ser uma nova “categoria classificatória”, alvo das políticas focalizadas de assistência, mantendo sua condição de “pobre” por uma lógica coerente com o individualismo que da sustentação ideológica a esse modelo de acumulação: no domínio do mercado existem “naturalmente” ganhadores e perdedores, fortes e fracos, os que pertencem e os que ficam de fora (SOARES, 2000, p. 12).

<sup>10</sup> Nos anos 90 a pobreza era a principal causa da morte na América Latina atingindo 2 mil crianças por dia; sendo as mulheres – responsáveis pela chefia de 40% das famílias da região – as mais afetadas, pagando grande parte do ajuste neoliberal (SOARES, 2000).

descentralização administrativa e da autoridade orçamentária para contatar serviços.

Promover a diversidade e a composição – O financiamento governamental da saúde pública e de um pacote essencial de serviços clínicos, nacionalmente definido, deixaria o restante dos serviços clínicos para serem financiados privadamente ou por seguro social (...). Os governos podem promover a diversidade e a competição na provisão de serviços de saúde e seguros, ao adotar políticas que: encoragem os seguros privado e social (com incentivos regulatórios para acesso equânime e contenção de custos) para serviços clínicos competirem tanto pelo fornecimento dos serviços clínicos quanto pela de *inputs*, dos provedores, de equipamentos essenciais e de medicamentos, sobre custos e efetividade das intervenções, e sobre a situação de acreditação das organizações e provedores”. (WORD BANK, 1993 *apud* MISOCZKY, 2002, p.6, grifo nosso)

Ao analisar a situação da América Latina nos últimos 20 anos, Campos (1992, p. 19) propõe que “a orientação econômica impõe um processo recessivo e políticas sociais cada vez mais restritas, conforme as recomendações de organismos financeiros internacionais e dos próprios países desenvolvidos dos quais temos [países pobres] grande dependência”. Campos (1992) enfatiza ainda a contradição central do processo nacional de reforma sanitária, qual seja a clara dominância do projeto neoliberal no dia-a-dia da ação governamental, apesar da legislação, no caso da saúde, apontar em sentido contrário. Neste cenário marcado por muitas contradições surgem propostas que visam à reorientação da Atenção Primária em nosso país.

Segundo Mendonça (2004), a criação do PACS se ajusta à política social do governo federal que atende às exigências dos organismos de reduzir o papel do estado, focalizar a atenção na população mais empobrecida e articular saúde, assistência social e comunidade. A autora refere que a percepção mais comum é que essa é uma política de saúde regressiva, que se caracteriza por um estado assistencial que responsabiliza a sociedade pelo seu bem-estar, apoiando-se em ações voluntárias e trabalho simplificado, do ponto de vista da tecnologia disponível. Define o ACS como “um trabalhador genérico que atua na interação social entre serviços e comunidade” que tem como função “atuar nas brechas deixadas pela baixa cobertura de ações básicas de saúde [...] atingindo populações isoladas” (MENDONÇA, 2004, p. 357).

Avaliando a profissionalização da atividade do ACS, Mendonça (2004) lembra que esta ocorre no contexto das reformas sociais formuladas no processo

de redemocratização do país, em que houve uma forte ênfase na Reforma Sanitária Brasileira, consoante aos princípios de seguridade social. A seguridade social é uma política que visa construir um modelo de proteção social justo, equânime e democrático, construindo um campo de cidadania social. Tem como fim ampliar os direitos sociais relativos a um Estado de Bem-Estar Social, ligado a idéia de uma dívida social do estado com populações marginalizadas a serem resgatadas com a construção de políticas públicas. No entanto, a autora confronta este projeto constitucional de um Estado de Bem-Estar Social com a resistência em regulamentar direitos sociais que se prolonga até as revisões constitucionais de 1993 a 1995, que ajustam o projeto reformista ao pensamento neoliberal. O ACS nasce deste paradoxo, é um trabalhador de baixo custo, como propõem as cartilhas neoliberais, com o intuito de produzir o acesso a saúde às populações marginalizadas, ou seja, atender aos princípios da universalidade e da equidade, consoante aos princípios da seguridade social. Porém, “expandir a cobertura só irá universalizar com equidade o direito à saúde se levar em conta às necessidades de saúde das realidades observadas” (MENDONÇA, 2004, p.358). E ainda:

A priorização de ações de saúde para grupos ditos vulneráveis promove uma intervenção que associa pobreza e saúde, fenômenos indissociáveis, mas de naturezas distintas. Dissolve, ainda, numa única intervenção racionalizadora, ações estigmatizadoras e focalizadas, que não consubstanciam um projeto unificado de proteção social para satisfazer exigências mínimas de renda, trabalho, acesso à saúde, educação e saneamento, qualificadas em sua diversidade regional e local. (MENDONÇA, 2004, p. 354)

No texto que segue retoma-se a sucessão de portarias e decretos que modificaram as exigências e atribuições dos ACS, até ser aprovada a lei 11.350 de outubro de 2006 que regulamenta o regime de contratação dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE).

Em dezembro de 1997, foi aprovada a portaria 1886/GM que define as diretrizes operacionais do PACS e do PSF com o objetivo de estimular sua expansão. Nesta portaria consta que o ACS deve trabalhar com a adscrição de famílias com uma base geográfica definida e que deve desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, através de visitas domiciliares e

ações educativas no âmbito individual e coletivo, nos domicílios e na comunidade, sempre sob a supervisão e acompanhamento de um “enfermeiro instrutor-supervisor” lotado na unidade de saúde de sua referência.

Para ser um ACS, a portaria 1886/GM estabelecia como requisito ser morador da área onde iria executar suas atividades há no mínimo dois anos, saber ler e escrever, ter mais que 18 anos e dispor de tempo para dedicação integral. Segundo esta portaria 1886/GM: “É vetado ao ACS desenvolver atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência”. Através deste documento percebe-se que os ACS inicialmente são legalmente convocados a trabalhar fora dos estabelecimentos de saúde.

Conforme a portaria 1886/GM são atribuições básicas dos ACS: “a realização e atualização do cadastro das famílias; a participação na realização do diagnóstico demográfico, perfil sócio-econômico e ambiental e das condições de saneamento básico; acompanhamento das micro-áreas de risco; realização de visitas domiciliares; vigilância de crianças menores de 1 ano em situação de risco; acompanhamento do desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos; promoção da imunização de rotina, do aleitamento materno exclusivo e da rehidratação oral; monitoramento das diarreias, infecções respiratórias agudas; dermatoses e parasitoses; orientação na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas; monitoramento das gestantes, dos recém nascidos e das puérperas; encaminhamento das mulheres em idade fértil para exames de rotina e realização do pré-natal e das crianças com suspeita de pneumonia; realização de ações educativas para a prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama, sobre métodos de planejamento familiar, sobre o climatério, nutrição, saúde bucal e preservação do meio ambiente; busca ativa das doenças infecto-contagiosas; apoio a inquéritos epidemiológicos; supervisão do tratamento domiciliar de tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas; atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso; orientação para prevenção e o controle das doenças endêmicas; além de outras ações a serem definidas segundo as prioridades locais”. Destaca-se das anteriores as seguintes atribuições: identificação dos portadores de deficiência psicofísica com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio; incentivo a comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência



psicofísica; realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para a abordagem dos direitos humanos (BRASIL, 1997).

Em 1999, o Decreto 3.189 de 04 de outubro fixa diretrizes da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Neste decreto consta que cabe ao ACS “desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade”. São consideradas atribuições dos ACS: “utilizar instrumentos para o diagnóstico demográfico e sócio-cultural; executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva; registrar para fins de controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida; realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; promover ações que fortaleçam os elos entre a saúde e outras políticas públicas”. No decreto, as ações dos ACS são consideradas de relevante interesse público e a função tem como pré-requisito residir na comunidade, ter espírito de liderança e de solidariedade.

Em 2002, é criada a Profissão Agente Comunitário de Saúde pela Lei 11.507 de 10 de julho, vinculando o exercício da profissão ao âmbito do Sistema Único de Saúde. Segundo a lei, a profissão ACS “caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor local”. Como requisito consta residir na área, ter concluído o curso de formação para ACS e o ensino fundamental. Esta lei foi revogada pela Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006, que regulamenta regime de contratação do ACS juntamente com o Agente de Combate às Endemias. A lei 11.350/2006 não altera as atribuições nem os pré-requisitos para o exercício da profissão.

Sobre o ombro dos Agentes Comunitários de Saúde repousa a esperança da difícil tarefa de transpor o abismo entre o sistema de saúde e o universo existencial dos usuários, com suas reais necessidades de saúde. Os princípios basilares do que viria a se institucionalizar como o Programa de Agentes Comunitário de Saúde estão lançados desde 1978 pela Declaração de Alma-Ata: “[...] agentes comunitários [...] convenientemente treinados para

trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade”. No entanto, é difícil recompor a história deste personagem. Em sua caminhada constitutiva já se chamaram “visitadores sanitários”, “guardas da malária” e “auxiliares de saneamento”.

Inicialmente os ACS surgem como trabalhadores em comunidades rurais, como uma forma de assistir populações que não dispunham de serviços médicos. Conforme Mendonça (2004), existem relatos deste tipo de profissional há aproximadamente 50 anos na China, quando camponeses eram recrutados e treinados para prestarem cuidados básicos em saúde em suas comunidades. “Como nômades, eles andavam em grupo de quatro a cinco e acampavam em vilarejos e pequenos agrupamentos onde atuavam como enfermeiros, conhecidos como ajudantes de saúde” (MENDONÇA, 2004, p. 11).

A efetividade deste trabalho demonstrou que com baixos custos em formação este profissional consegue resultados importantes sobre os indicadores de saúde da população atendida (Lavor, 2003). O trabalho do agente comunitário de saúde se mostrou eficaz e de baixo custo em diversas experiências pelo mundo (STANDING; CHOWDHURY, 2008). Como exemplo, pode-se mencionar a experiência da BRAC (*Bangladesh Rural Advanced Comittee*) em Bangladesh, em que o aumento dos agentes comunitários de saúde coincide com a melhoria nos principais indicadores de saúde das regiões assistidas (idem, ibidem).

Silva e Dalmaso (2002b) relatam que a idéia de agentes comunitários de saúde com a função de produzir um elo entre comunidade e sistema de saúde, é um conceito que das mais diversas formas, nomenclaturas e racionalidades, apareceu em diversas partes do mundo.

Na América Latina, segundo Ferraz e Aerts (2005) a inserção dos agentes comunitários de saúde nas políticas públicas ganhou um impulso nos últimos anos quando os ministérios da saúde da América do Sul passaram a receber apoio financeiro de agências internacionais para utilizar estes trabalhadores. As autoras consideram um fator importante na implantação dos ACS o fato de que enfermeiros e médicos não se dispunham a trabalhar nas periferias e zonas rurais. Um agente treinado poderia desenvolver cuidados básicos de saúde nestes espaços desassistidos.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi criado pelo

Ministério da Saúde em 1991, sendo a recuperação de diversas experiências no país, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1976, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e o Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde (PREPS), todos com objetivo de extensão de cobertura e ampliação de acesso a grupos marginalizados (SILVA; DALMASO, 2002; MARQUES; PADILHA, 2004).

Duas experiências pré-Sistema Único de Saúde priorizaram o gênero feminino na contratação de Agentes Comunitários de Saúde: a proposta de Manguinhos, no Rio de Janeiro em que foram contratadas e treinadas mulheres de uma favela para trabalhar com as questões materno-infantis, em 1986. E no Ceará em 1987, um grupo de mulheres foi contratado numa situação penosa de seca. No Ceará isso ocorreu em função do desemprego e porque muitas mulheres eram donas de casa e precisavam sustentar suas famílias, segundo o depoimento do secretário de saúde do estado na época, Carlyle Lavor (ROCHA, 2000).

Em Manguinhos, as mulheres foram priorizadas porque: “as mães das favelas são as agentes de saúde primordiais, que têm a responsabilidade socialmente atribuída de cuidar dos membros da família ou de buscar o atendimento médico e também em função de sua presença intensa na favela” (Rocha, 2000, p. 29). A experiência de agentes comunitários de saúde no Ceará de 1987, em que agentes passaram a executar ações básicas de saúde em 118 municípios, surgiu como forma de enfrentamento à seca e ganhou evidência pelo sucesso na melhoria dos indicadores de mortalidade infantil naquela região (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006). O programa implantado no Ceará se transformou num modelo a ser replicado no restante do país, inclusive em áreas urbanas, numa estratégia de extensão de cobertura da Atenção Básica do Brasil.

Em 1991, o Ministério da Saúde criou o então chamado Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS) na intenção de nacionalizar a experiência do Ceará. Em 1992 a nomenclatura muda para Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, o Ministério da Saúde cria também o Programa de Saúde da Família (PSF) com o qual o PACS passa a ter estreitas relações. Em 1997, PACS e o PSF são considerados prioridades no Plano de Metas do Ministério da Saúde (MS) e no documento de sua Secretaria

Executiva o PACS é considerado uma estratégia de transição para o PSF.

### **1.1 Cenário Nacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**

Como forma de ilustrar os avanços da ESF e do PACS, mostra-se a seguir o panorama atual. Conforme dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde<sup>11</sup>, em 2007, havia 27.324 equipes de saúde da família implantadas no país, estando essas distribuídas entre 5.125 municípios. Isso representa uma cobertura populacional de 46,6% da população brasileira, porcentagem que corresponde a cerca de 87,7 milhões de pessoas. Sobre o investimento financeiro, observa-se um crescente incremento, pois em 2003 o gasto foi de R\$ 1.662,80 milhões, em 2004 de 2.191,04 milhões, em 2005 de 2.679,27 milhões, em 2006 de 3.248,50 milhões, e no ano de 2007, o valor total investido nesta Estratégia foi de 4.064 milhões.

O número de Agentes Comunitários de Saúde passou de 29.098, em dezembro de 1994, a 220.080, em maio de 2008. No mesmo período, o número de médicos aumentou de 328 para 27.764 e o de enfermeiros, de 328 para 28712. O número atual de dentistas que formam parte das equipes de Saúde da Família é de 16740, o de técnicos de higiene dental é de 1327, de auxiliares de consultório dentário é de 16975 e de técnicos e auxiliares de enfermagem é de 29.071<sup>12</sup>.

O Programa Mais Saúde, lançado em dezembro de 2007, prevê um aumento significativo do número das equipes de Saúde da Família, que devem passar de 27 mil para 40 mil. Para poder dar suporte a essas equipes, serão criados 1.500 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Com esse objetivo foi publicada a Portaria 154/2008.

O Decreto Presidencial 6286, de 05 de dezembro de 2007, criou também o Programa Saúde na Escola (PSE), que tem como propósito ampliar as

---

<sup>11</sup> Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>> acesso em nov de 2008.

<sup>12</sup> Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB, Datasus, SCNES.

ações de saúde aos alunos da rede pública de ensino.

Os gráficos abaixo permitem uma melhor visualização destes números.

Gráfico 1- Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família  
BRASIL - 1998 - DEZEMBRO/2008

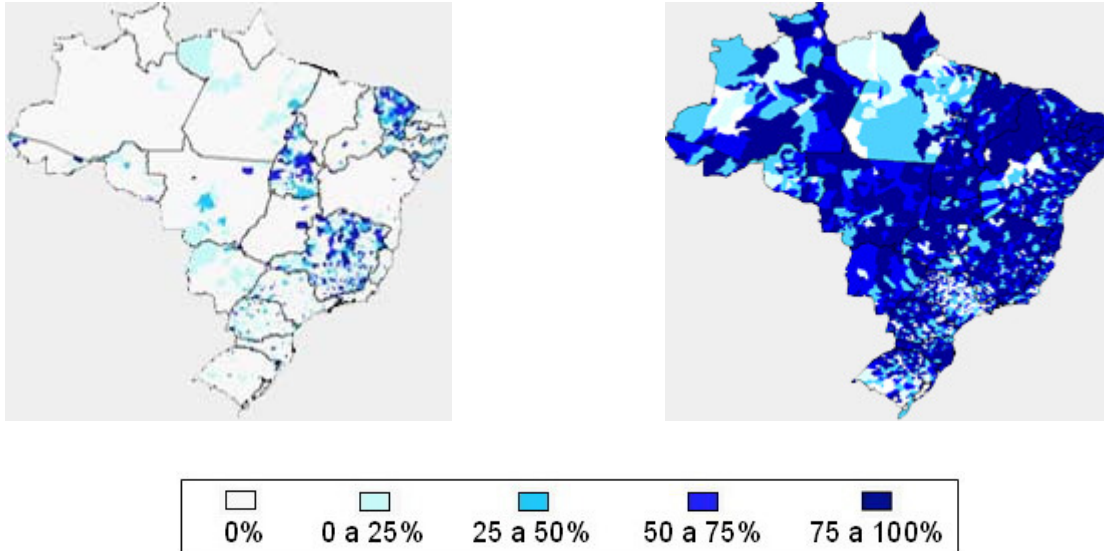
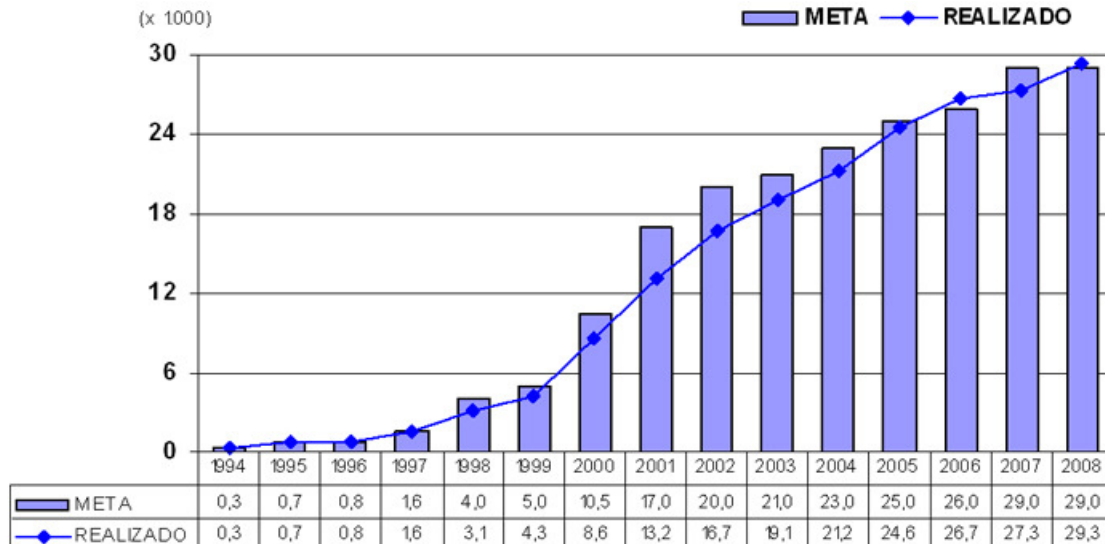
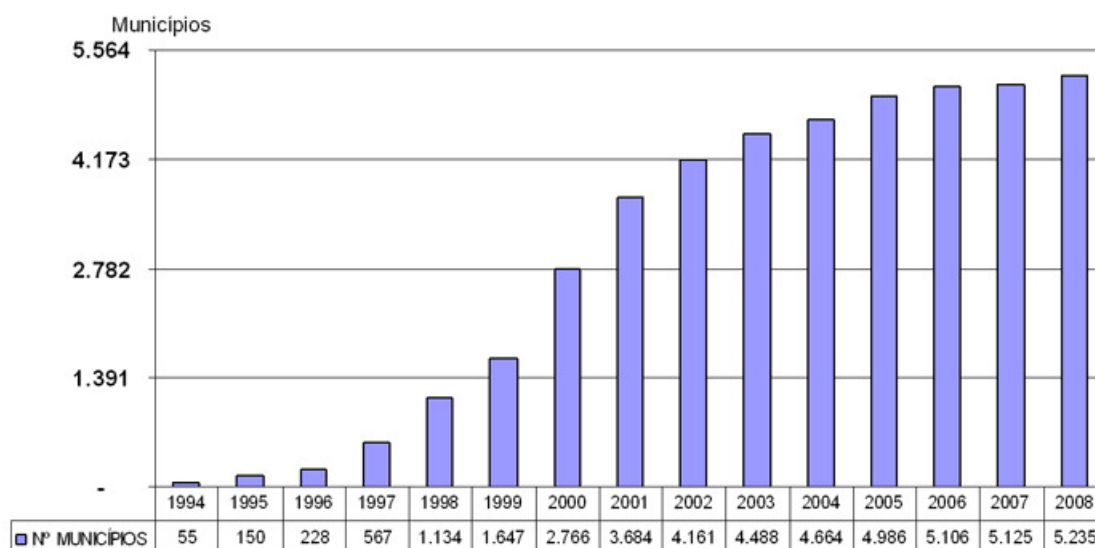


Gráfico 2- Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família  
Implantadas  
BRASIL - 1994 – DEZEMBRO/2008



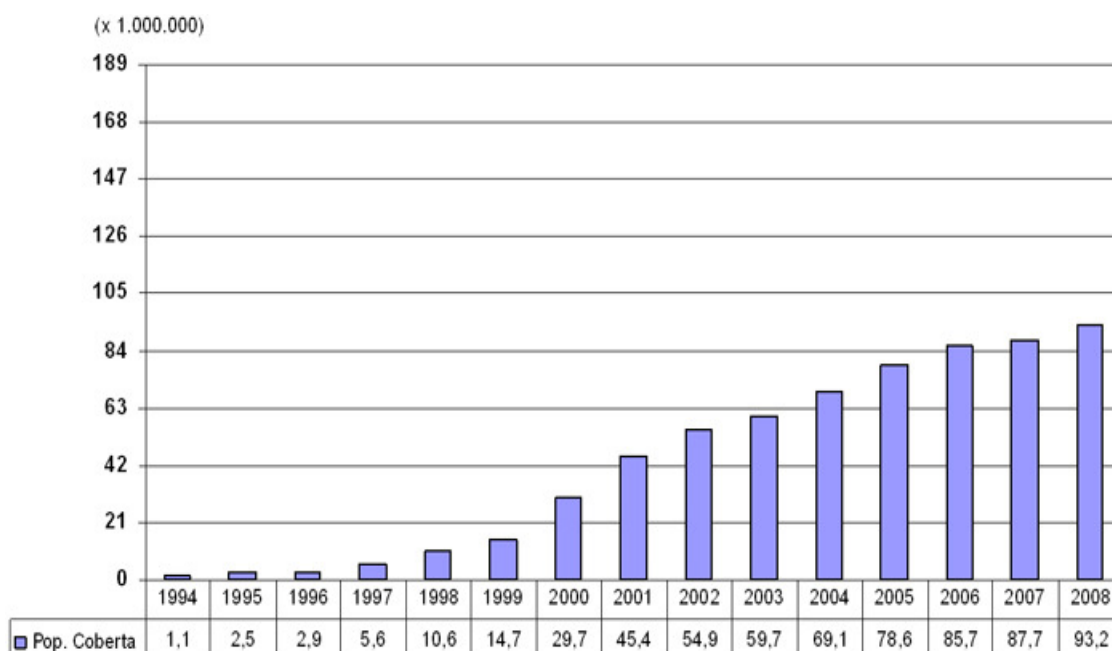
FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Gráfico 3 - Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – DEZEMBRO/2008



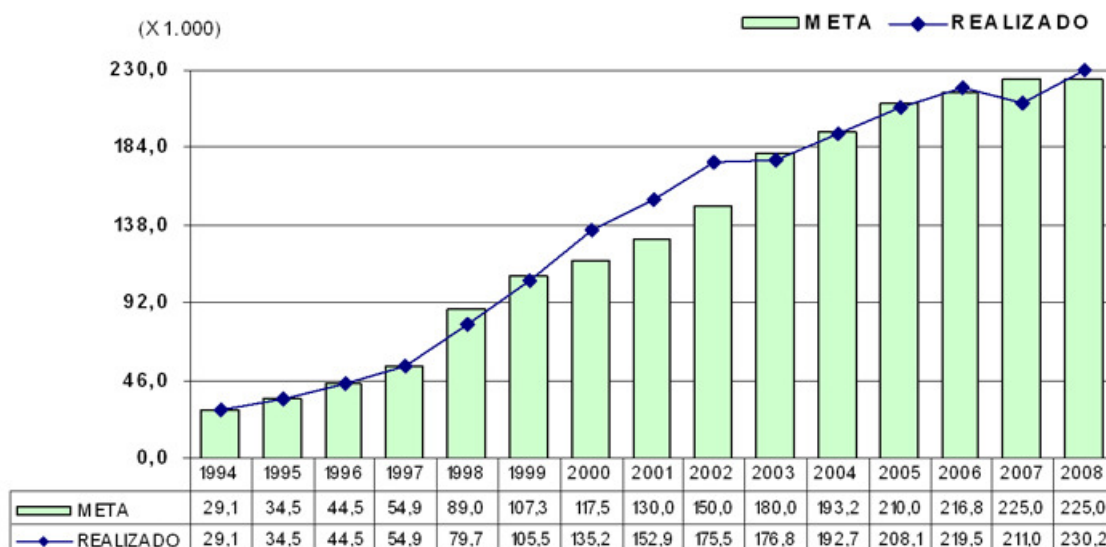
FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Gráfico 4 - Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas BRASIL - 1994 – DEZEMBRO/2008



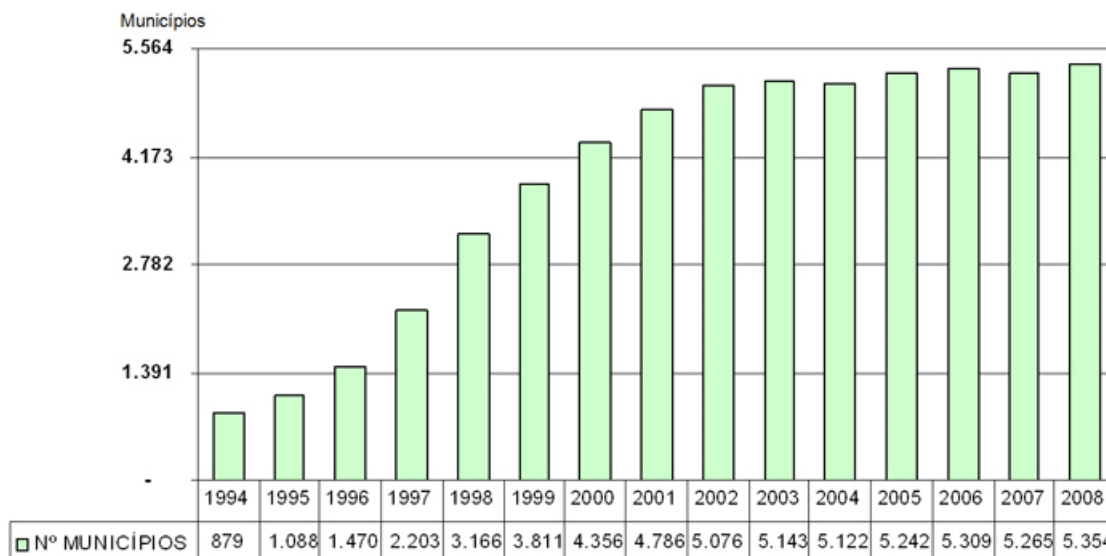
FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Gráfico 5- Meta e Evolução do Número de Agentes Comunitários de Saúde Implantados  
BRASIL - 1994 - DEZEMBRO/2008



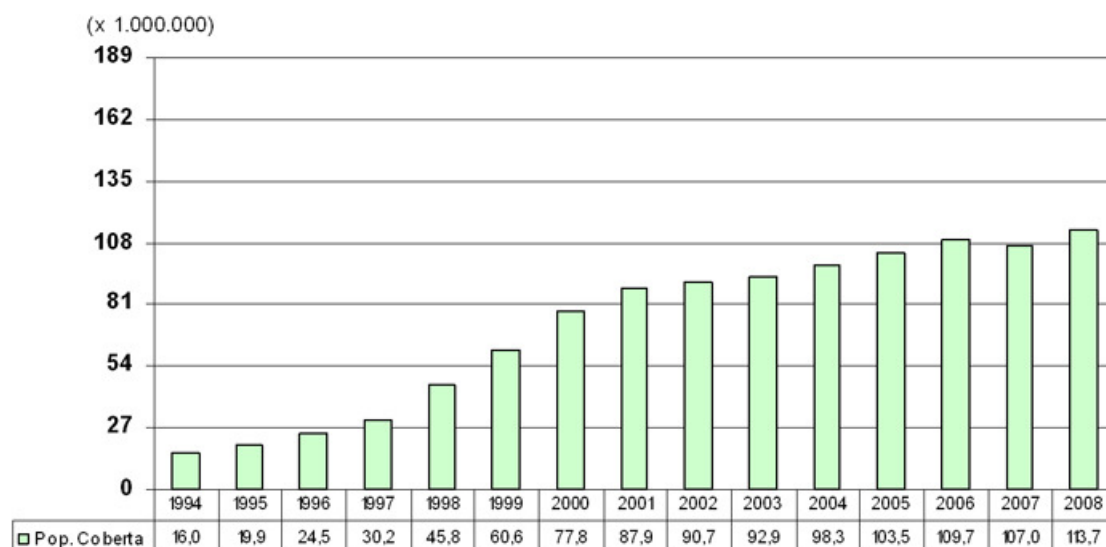
FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Gráfico 6- Evolução do Número de Municípios com Agentes Comunitários de Saúde Implantados BRASIL - 1994 - DEZEMBRO/2008



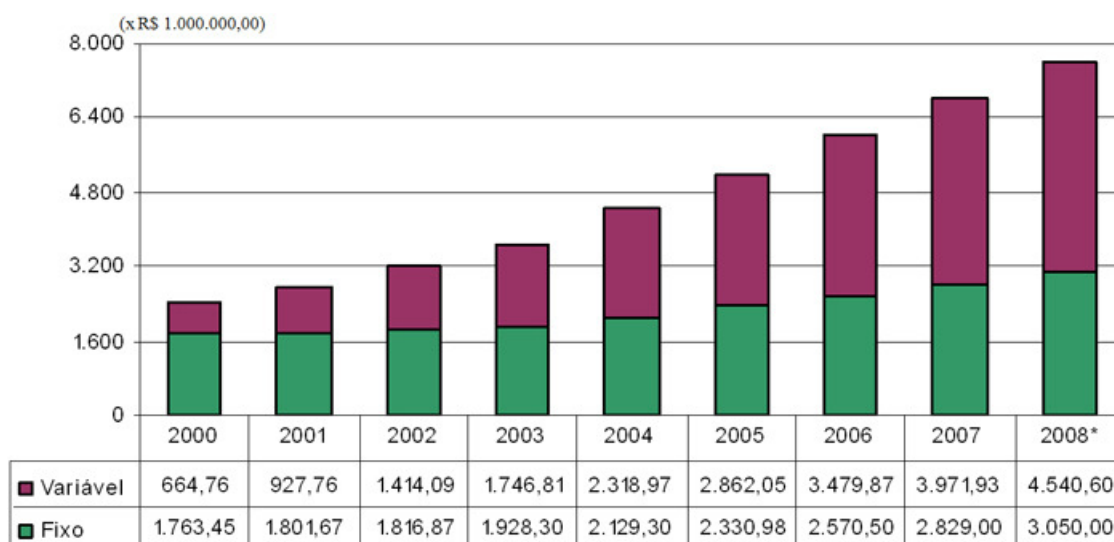
FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Gráfico 7- Evolução da População Coberta por Agentes Comunitários de Saúde Implantados  
BRASIL - 1994 - DEZEMBRO/2008



FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Gráfico 8- Evolução dos Recursos Financeiros da Atenção Básica  
BRASIL - 2000 - DEZEMBRO/2008



(\*) Orçamento

FONTE: Fundo Nacional de Saúde / SE / MS.



## 2. APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO DE PESQUISA

Em Porto Alegre, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) iniciou-se em 1996, juntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) sendo que na época de sua implantação o programa recebeu destaque e avançou rapidamente.

A estrutura atual no município conta com 84 equipes de ESF, distribuídas em 79 unidades básicas de saúde (Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde, 2008). Até julho de 2007, a ESF no município contava com 359 médicos, enfermeiros e técnicos e 372 agentes comunitários, que atendiam a 22% da população (aproximadamente 330 mil pessoas) nos bairros mais vulneráveis sócio-economicamente da cidade. A ESF é responsável por 27 mil consultas médicas e 60 mil atendimentos domiciliares por mês no município de Porto Alegre (Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde, 2008).

Entre 2000 e 2007, as contratações de médicos, técnicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde de Porto Alegre se deram via CLT, com a terceirização dos serviços sendo intermediada pela FAURGS (Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Em julho de 2007, com a não renovação do contrato com a FAURGS, os 731 servidores da Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre foram demitidos, ficando sua situação contratual indefinida por mais de um mês. Por esse período, houve uma paralisação que atingiu 80% das equipes e a quase totalidade dos médicos, o que acarretou o fechamento temporário de várias unidades. Em caráter emergencial, realizou-se a recontração das equipes por uma nova empresa terceirizada (Sollus, de São Paulo), mantendo-se a precarização do vínculo. No início de 2008, por não ter sido encontrada uma solução para o problema e frente às pressões judiciais e do Conselho Municipal de Saúde, a prefeitura de Porto Alegre acordou em realizar, tão logo quanto possível, um concurso público para regularizar a situação dos trabalhadores do Programa, o que até o término da pesquisa não se efetivou.

A tabela abaixo mostra a distribuição das Equipes de Saúde da Família (ESF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) por distrito no município

de Porto Alegre.

Tabela 1 - Distribuição das ESF e UBS por distrito no município de Porto Alegre

Distrito	UBS	ESF
Centro	6	7
Leste/ Nordeste	13	18
Sul/Centro-Sul	6	7
Glória/ Cruzeiro/ Cristal	12	18
Norte/Eixo Baltazar	11	12
Partenon/ Lomba do Pinheiro	7	12
Noroeste/ Humanitá/ Ilhas	4	4
Restinga/ Extremo Sul	5	7
Total	79	84

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/2008

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a Gerência Distrital da região dos bairros Glória, Cruzeiro e Cristal, onde se insere a unidade de saúde pesquisada, coordena as atividades de 12 Unidades Básicas de Saúde e 18 Equipes de Saúde da Família. Essa região, situada na zona sul da cidade, apresenta características sociais diferenciadas, que misturam algumas áreas de extrema pobreza e assentamentos irregulares com zonas de classe média. A região também concentra 17% do total de casos de violência da cidade.

A unidade pesquisada em Porto Alegre foi inaugurada no ano de 2002. Atende uma população de 5700 pessoas, aproximadamente, e faz divisa com um assentamento precário – localizado nos fundos da unidade. Ela encontra-se em bom estado de conservação, é bem equipada e dispõe de materiais adequados. O espaço físico, em compensação, é mal distribuído, pequeno para o tamanho das duas equipes. A sala prevista para reuniões, por exemplo, não permite o encontro do grupo todo. Além disso, há uma cozinha; dois banheiros; uma sala utilizada como arquivo (que a equipe denomina “expurgo”); uma sala de espera equipada com uma televisão; e cinco consultórios. Existem na área várias escolas públicas e particulares, igrejas de diversas orientações e algumas creches comunitárias, que atendem à população mais carente.

A unidade é composta por duas Equipes de Saúde da Família, ambas

incompletas, que trabalham juntas e indistintamente, compostas por 2 médicos, 2 enfermeiros, 3 técnicos em enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde (um dos médicos se demitiu no mês de setembro e até o final da pesquisa no mês de dezembro não havia um novo profissional contratado). Falta um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde para que as duas equipes estejam completas nesta unidade. Cada um dos agentes comunitários de saúde atende uma área em particular, com características sociais distintas<sup>13</sup>.

A unidade pesquisada atende consultas em pediatria, ginecologia e clínica geral e realiza: Teste do pezinho, vacinas, curativos, nebulizações, atendimento de enfermagem, visita domiciliar. A unidade realiza também os programas: Nascer, pré-crescer e Hiperdia (acompanhamento de hipertensos e diabéticos) (Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde, 2008).

---

<sup>13</sup> A precária situação sócio-econômica de parte da região atendida pela unidade reflete a inquietante desigualdade que afeta nosso país. E evidencia como vive parcela expressiva da população da periferia dos grandes centros urbanos. Estas questões não podem ser desconsideradas, porque as questões de saúde não podem ser pensadas separadamente da conjuntura econômica, política e social. No país, se discute amplamente a questão dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Em março de 2006 foi criada, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, na gestão de Saraiva Felipe, esta Comissão produziu o relatório “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil” entregue em agosto de 2008 às autoridades do país. O relatório que traz considerações e dados importantes acerca das iniquidades em saúde apresenta dados sobre vários determinantes sociais, especialmente os das áreas urbanas. Destacando que a imensa maioria dos brasileiros vive nas cidades e o processo de urbanização se deu de forma extremamente acelerada, “sem adequação da infra-estrutura, gerando enormes iniquidades e concentrando grandes parcelas da população em precárias condições de vida, de ambiente e de trabalho”. O estudo destaca ainda que “apesar de inegáveis avanços ainda se observam importantes desigualdades na oferta de recursos e serviços, assim como uma forte influência da posição social dos indivíduos no acesso e qualidade dos serviços de saúde”. Um dos motivos apontados é o gasto público *per capita* em saúde, “relativamente baixo em todas as regiões e que não cumpre uma função compensatória, tendendo a reforçar as desigualdades”. O Brasil gasta 7% do PIB em saúde, cerca de US\$ 530 *per capita* – menos do que Argentina (US\$ 1.045), Chile (US\$ 827) e Uruguai (US\$ 781). Dados retirados do Relatório: As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil, 2008. Disponível em <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf> acesso em: out de 2008.

Na tabela abaixo se encontram os dados atualizados relativos à unidade pesquisada.

Tabela 2 – Dados atualizados da unidade de saúde pesquisada

	2007	2008
Total de Consultas	5.281	6.209
Pessoas Cadastradas	3.839	3.839
Atendimento	2.141	2.146
Exames Complementares	6.726	5.276
Encaminhamentos	530	500
Internação Domiciliar	0	0
Procedimentos	7.360	6.170
Visitas Domiciliares	7.933	8.144

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Porto Alegre, 2008<sup>14</sup>

A unidade de saúde alvo deste estudo conta com o trabalho de sete ACS. No período relativo a realização da pesquisa acompanhou-se a atuação destes pelo território. Como demonstra a tabela 4 (abaixo) seis dos sete ACS trabalham lá desde a inauguração da unidade de saúde, portanto, há seis anos e dez meses. Contrariando a tendência nacional de ser uma ocupação composta basicamente pela presença feminina, a unidade possui quase o mesmo número de homens e de mulheres trabalhando. Cinco dos ACS possuem escolaridade superior à exigida formalmente pela legislação (lei 11.350, de outubro de 2006) que é o ensino fundamental completo. No entanto, no período referente à realização da pesquisa nenhum dos ACS estava dando continuidade aos seus estudos, fato este que pode ser associado a demanda de trabalho que recai sobre estes trabalhadores, vale dizer uma rotina de trabalho de oito horas diárias.

<sup>14</sup> Retirado da página <[http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=285](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=285)> acesso em out de 2008. Não havia dados disponíveis relativos aos anos anteriores.

Na tabela a seguir apresentamos alguns dados relativos aos agentes comunitários de saúde (ACS) da unidade pesquisada.

Tabela 3 – Dados referentes aos agentes comunitários de saúde da unidade pesquisada

Idade	Sexo	Escolaridade	Tempo de trabalho como ACS
43	M	2º grau incompleto	6 anos e 10 meses
40	M	2º grau incompleto	6 anos e 10 meses
61	M	1º grau completo	6 anos e 10 meses
47	F	2º grau completo	6 anos e 10 meses
46	F	1º grau completo	6 anos e 10 meses
65	F	2º grau completo	6 anos e 10 meses
26	F	2º grau incompleto	3 anos e 9 meses

Fonte: Dados fornecidos pela coordenadora da unidade pesquisada / 2008

A atual gestão da ESF no município de Porto Alegre é feita por uma empresa terceirizada, como referido anteriormente. A forma como esta empresa “gerencia” as unidades de ESF no município acarreta uma série de problemas nas relações entre a equipe e desta com a gerência. O acompanhamento do cotidiano na unidade pesquisada demonstrou que as relações são bastante verticais e hierárquicas. A empresa contratada pela prefeitura administra utilizando uma forma de gestão com “controle” quantitativo do trabalho através de relógio ponto, centralização das decisões e pouca autonomia para os contratados. Através da observação participante realizada na unidade, pode-se constatar que esta forma de gestão transforma o trabalho em algo centralizado e esvaziado de sentido. Esta forma de administrar a unidade torna-se mais preocupante quando se considera que o “resultado” esperado é a produção em saúde.

Algumas unidades de saúde do município de Porto Alegre estão sem as equipes completas e sem previsão de contratação. Na unidade pesquisada, à época da realização deste estudo, faltava um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde, fato este que foi mencionado por todos os ACS nas

observações feitas. Um deles declarou em uma saída de campo que o fato de a equipe não estar completa acabava sobrecarregando o trabalho de todos, como ilustram os depoimentos a seguir:

Eu acabo fazendo coisas que não são da minha competência, porque está faltando gente na equipe. E a demanda de trabalho é muito grande, não se consegue dar conta, aí a gente tem que ajudar né. (ACS 5)

Se a equipe prevista estivesse completa estaria bem, mas a equipe está incompleta, aí acaba sobrecarregando o trabalho de todo mundo. (ACS 7)

Não têm muitas vezes como sair para fazer uma visita domiciliar. Nossa equipe está defasada, aí tu não tens como sair com o técnico de enfermagem. (ACS 1)

O fato da equipe da unidade pesquisada estar incompleta faz com que os ACS assumam outras atribuições. Conforme relatam os ACS isto acaba prejudicando o bom desempenho de seu trabalho, uma vez que precisam realizar atividades não previstas em suas atribuições, como, por exemplo, desempenhar rotinas administrativas dentro da unidade de saúde. Esta situação prejudica suas visitas domiciliares (VDs) aos usuários, ou porque não conseguem realizar as que estão previstas para ser efetivadas naquele dia, ou porque o tempo que dispõem para estas visitas domiciliares fica reduzido.

### 3. MÉTODO

O trabalho de campo<sup>15</sup> deste estudo foi realizado entre os meses de junho a setembro de 2008. Durante este período foi possível acompanhar a rotina de trabalho de cada um dos ACS da unidade pesquisada. Nos dois primeiros meses de pesquisa (junho e julho) também se acompanhou as reuniões de equipe que ocorriam uma vez por semana.

Os procedimentos éticos, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Ciência e Autorização (TCA) – (Anexos A e B) atendem às exigências da resolução 196/96 do CNS/MS, assegurando aos sujeitos da pesquisa a liberdade para participar do estudo.

Utilizou-se a observação participante como estratégia metodológica para investigar os modos de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade de saúde no município de Porto Alegre vinculada a Secretaria Municipal de Saúde.

Os sujeitos desta pesquisa foram os sete ACS da unidade de saúde pesquisada. Ao longo desta escrita cada agente participante da pesquisa será identificado com um número como forma de garantir o anonimato das informações obtidas.

Utilizando a análise do diário de campo, além da revisão bibliográfica relativa à temática dos agentes comunitários de saúde, foi possível destacar algumas questões consideradas emblemáticas e que expressam as situações de vulnerabilidade que caracterizam o cotidiano de trabalho deste profissional da saúde.

Utilizando-se o modelo de vulnerabilidade, tal como proposto por Mann (1993), foi possível estabelecer três eixos de análise: um relacionado ao âmbito político-administrativo, um relativo ao fazer destes ACS e outro relacionado ao sofrimento destes trabalhadores.

---

<sup>15</sup> Este estudo foi possível devido a nossa participação na pesquisa Repercussões da Inclusão da Saúde Mental no Programa de Saúde da Família/PSF: estudo comparativo em serviços da Atenção Básica no Rio Grande do Norte e no Rio Grande do Sul.

A partir dos dados obtidos foi possível traçar a rede enunciativa na qual se expressaram os diferentes significados que atravessam e constituem as práticas de trabalho dos ACS, buscando estabelecer os diferentes significados e as categorias de análise.

A pesquisa nas ciências humanas é uma tarefa complexa que implica uma análise permanente de nossa relação com o campo investigado, uma vez que a realidade não se apresenta como uma totalidade, mas sim como um recorte. “Esse recorte é concebido a partir do ponto de vista de onde nos encontramos e dos pressupostos que trazemos conosco, o que nos possibilita experimentar e avaliar a totalidade de nosso cotidiano” (AGRA HASSEN; KNAUTH; VICTORA, 2000). Pode-se ainda considerar o que propõe Bourdieu (2005) quando afirma que “o vetor epistemológico vai do racional para o real”. Entendendo assim, que vamos a campo para observar determinado recorte.

Nesta pesquisa, fez-se a opção pela abordagem qualitativa a partir do entendimento de que a temática abordada neste estudo por ser do âmbito das “relações” humanas, não poderia ser investigada através de pesquisa quantitativa. Há aspectos que não são ditos pela linguagem verbal e, por isto mesmo, não podem ser analisados utilizando questionários.

Partindo da assertiva proposta por AGRA HASSEN; KNAUTH; VICTORA, (2000).

A justificativa para o procedimento de observação está no pressuposto de que há muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita. O ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não verbal, a seqüência e a temporalidade em que ocorrem os eventos são fundamentais, não apenas como dado em si, mas como subsídios para a interpretação posterior dos mesmos. (p.62 ).

Partindo da compreensão de que os “objetos” de pesquisa não são neutros, portanto nossas escolhas tampouco são neutras, fazer pesquisa/ciência pressupõe fazer escolhas o tempo todo, espera-se que as opções feitas neste caso tenham sido as mais proveitosas e apontem na direção de uma ética de produção de vida.



Quando formulamos um problema de pesquisa é como se olhássemos o “real” a partir desta lente, desta forma treinamos nossos sentidos e filtramos o que nos interessa frente a uma “realidade” ampla e complexa. Nas palavras de AGRA HASSEN; KNAUTH; VICTORA, (2000):

Observar, na pesquisa qualitativa, significa examinar com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto com o objetivo de descrevê-lo. (...) **Ocorre que a observação na pesquisa qualitativa não é uma observação comum, mas voltada para a descrição de um problema previamente definido, e que, por isso mesmo, exige um treinamento específico** (AGRA HASSEN; KNAUTH; VICTORA, 2000, p. 62, *grifo nosso*)

A observação participante pode ser definida como:

(...) processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face-a-face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cotidiano natural, colhe os dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (MINAYO, 1996, p. 89).

## **4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA**

Do ponto de vista político-administrativo, as atribuições dos agentes comunitários de saúde são as mesmas em todo o território nacional, uma vez que a política nacional está prevista em lei. No entanto, existem diferenças significativas na forma como o trabalho dos ACS é planejado e executado. Não só por envolver regiões com culturas diferentes, mas pela própria relação que se estabelece entre o ACS e a equipe e deste com a comunidade.

As diferenças que aparecem no trabalho dos ACS se dão em grande medida porque seu trabalho pressupõe o fator subjetivo. Isto envolve várias nuances que incluem formação para o trabalho, identificação/pertencimento com a comunidade, redes de solidariedade/reciprocidade, experiências anteriores de trabalho, concepções do processo de saúde/doença e, principalmente, toda a complexa gama de relações que o ACS estabelece com os demais integrantes da equipe da unidade de saúde e a comunidade.

Estas particularidades produzem formas de cuidado que Mehry (2002) denomina de tecnologias leves. Estas tecnologias são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensando em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização (MEHRY, 2002).

### **4.1 DIMENSÃO POLÍTICA-ADMINISTRATIVA**

#### **4.1.1 FORMAÇÃO**

A formação dos ACS é de responsabilidade do município, seguindo a política de descentralização do SUS. Isto ofereceria um viés interessante, se cada município adotasse um programa de acordo com suas especificidades locais.

Desta forma, a formação estaria voltada para as necessidades de saúde de cada comunidade.

No entanto, a descentralização pode resultar, em certos casos, em pouca formação para o agente comunitário de saúde. Pôde ser constatado que a pouca formação ocasiona insegurança e sofrimento no exercício profissional, principalmente quando não há, para o ACS, clareza suficiente de suas atribuições e de seu papel social junto à comunidade.

Os ACS da unidade pesquisada relataram que tiveram uma semana de capacitação antes de iniciar o trabalho na unidade de saúde. Esta capacitação foi realizada pela Pontifca Universidade Católica (PUC/RS). Ao serem perguntados sobre o conteúdo do curso, a maioria dos ACS disse que nem se lembrava o que havia sido abordado. Como ocorre em outros municípios do país, a formação foi terceirizada. Através desta prática, os municípios contratam uma entidade, em geral uma universidade, que na maior parte dos casos não consegue estabelecer um diálogo adequado com os ACS.

Neste sentido é esclarecedora a discussão de Nascimento e Correa (2008) sobre a formação executada pela Secretaria Municipal de Campinas. Retoma-se o depoimento (citado por Nascimento; Correa, 2008) concedido pelo ACS que participou deste processo de formação em Campinas, para ilustrar o quanto as formações podem fugir ao objetivo a que se propõem:

As aulas que a gente tinha na UNICAMP também eram bem desgastantes, eram maçantes. É porque era assim, os primeiros professores eles davam aula para a gente, como se eles estivessem dando aula para universitários. Então pouca coisa a gente conseguia captar, era totalmente fora da realidade. (NASCIMENTO; CORREA, 2008, p.19)

Além do curso introdutório (geralmente de uma semana) algumas prefeituras mantêm formações isoladas, na forma de cursos de poucas horas-aula (geralmente, não mais que um dia/turno). Na unidade pesquisada percebeu-se uma formação fragmentária em que os ACS não conseguiam integrar os conhecimentos desses cursos em uma proposta de cuidado integral à saúde da

comunidade, nem compreender a lógica do próprio programa em que atuam (PACS).

Não recebi formação mais completa. Eu recebi formação sobre a dengue, redução de danos, doenças sexualmente transmissíveis, foi tudo curso rápido. Em geral é a prefeitura que dá esses cursos. (ACS 2)

Constatou-se que os ACS da unidade pesquisada receberam pouca formação. Inclusive, alguns dentre eles, com quase seis anos de trabalhos, não tiveram nenhum curso além do introdutório. Percebeu-se que, na falta de uma capacitação apropriada, os recursos/estratégias que os ACS acionam para desenvolver seu trabalho são em geral pautados por suas experiências de vida. Existem, então, diversos atravessamentos como religiosidade e moralismos. Como denota a seguinte fala:

A gente lida com muitos casos de drogadição, eu tento falar com a mãe separada do filho. A gente tá vendo o que tá acontecendo pela experiência que eu tenho de mãe e pelos outros lugares que eu já trabalhei, tu vai pegando, né... (ACS 5)

Outra ACS, todavia, evidencia distorções claras em suas concepções de saúde. A ACS é praticante de uma religião pentecostal e mistura noções de saúde/doença com posições morais, agindo como se a saúde fosse consequência das virtudes morais, ou seja, quanto mais virtuosa uma família, mais saudável esta seria. Categorias como “famílias bem estruturadas” parecem distribuir etiologicamente possibilidades de saúde e doença acerca da importância conferida pela ACS ao que seria uma família ou uma mãe modelo da micro-área.

Indaga-se de que outra forma os processos formativos poderiam contribuir para que os ACS avaliassem os processos de saúde/doença a partir de critérios mais amplos, e não somente morais. De que forma sensibilizá-los para a produção de um cuidado a partir dos valores dos próprios usuários, abrindo mão de noções como “família modelo” para trabalhar dentro da realidade de cada família.

A formação inadequada tem conseqüências importantes nos modos de trabalho dos ACS, principalmente no que tange à questão da responsabilização. Os ACS, incertos acerca de seu papel, acabam por se sentir responsáveis por situações que extrapolam sua atuação, e que, em grande medida, são problemas estruturais de difícil resolução, dependentes de mudanças sócio-econômicas.

Uma das atribuições previstas para o ACS é que este possa desenvolver ações de promoção de saúde. Pode-se dimensionar a complexidade e o tamanho dos desafios colocados para este profissional quando se toma a caracterização desta competência, qual seja: “Capacidade para participar da promoção da saúde, na sua área de abrangência, através do desenvolvimento de trabalho educativo, do estímulo à participação comunitária e do trabalho intersetorial, com o objetivo da qualidade de vida” (BRASIL, 1999 b, p. 16).

Gottardi e Silva (2006) lembram que uma face importante no trabalho dos ACS é a função de educador na área da saúde. Na medida em que liga dois universos culturais – os saberes científico e popular –, ele pode intensificar a formação de cidadãos que atuem participativamente na saúde coletiva. No entanto, os autores referem que em sua pesquisa encontraram apenas o exercício de ações impositivas por parte dos ACS, como no caso de algumas orientações de cuidados com a higiene.

Face a isso, pergunta-se: qual a formação de que o ACS dispõe para cumprir a atribuição de promoção em saúde? Parte-se do entendimento de que para realizar ações de promoção de saúde é necessária a apropriação da discussão do conceito ampliado em saúde e, portanto, a compreensão de uma nova atuação em saúde (BACHILLI; SCAVASSA; SPIRI, 2006) voltada para ações comunitárias. Requer ainda que se perceba e respeite os conhecimentos sobre os processos saúde-doença que a comunidade já detém, para que se possa juntamente com ela construir intervenções (BORNSTEIN; STOTZ, 2008), incorporando também a questão da participação popular.

A partir daí, poder-se-ia questionar quais subsídios o ACS recebe para apropriar-se deste conceito ampliado em saúde. E, mais ainda, de que forma os demais profissionais da equipe de saúde auxiliam os ACS na apropriação

deste paradigma, bem como na execução das atividades anteriormente citadas.

É importante considerar que mesmo os técnicos com formação universitária ainda não incorporaram em suas práticas o conceito ampliado de saúde. Fato este que se deve principalmente à lógica como os currículos dos cursos de graduação nas áreas da saúde são organizados (CECCIM; FERLA, 2008). Neste sentido, corroborando nossa crítica, Ceccim e Ferla (2008) trazem uma importante discussão acerca da formação dos profissionais em saúde:

A formação dos profissionais de saúde, no entanto, tem-se mostrado um importante reservatório da resistência contra os avanços da cidadania em saúde, não absorveu esse histórico de lutas e projeto de sociedade, fragilizando-o, o que em última instância, não revertido, a fará participar do desmonte de um patamar de cidadania conquistada, exigindo da sociedade novo posicionamento e novo enfrentamento pela mesma causa: saúde como direito de todos e dever do Estado. Diga-se: **saúde como direito à vida com qualidade; saúde como direito à atenção integral, com privilégio da promoção e prevenção, sem prejuízo da recuperação e reabilitação dos estados de saúde; saúde como expressão do andar a vida.** Coadjuvam para compor essa situação, jogos de influência das corporações e do mercado de interesses do complexo produtivo da saúde, a disputa pelos imaginários profissionais promovida pelas corporações e pelo ideário social neoliberal e conflitos de posição em estruturas de poder no trabalho, mas também deficiências no processo de educação dos professores, de composição dos cenários de aprendizagem e de interação das instituições formadoras com as instâncias de condução setorial e atuação profissional da saúde (CECCIM; FERLA, 2008, p. 20, *grifo nosso*)

Como os profissionais da área da saúde podem ter uma prática e um cuidado integral, quando sua formação acadêmica não aponta para esta direção? Esta situação parece contribuir para o não fortalecimento da política pública do SUS. Este parece ser um dos impasses a ser considerado quando se pensa na melhoria dos serviços de Atenção Básica no país.

Estas questões impactam de muitas formas nos programas de Atenção Primária. Existe uma lógica da valorização de uma medicina altamente especializada em detrimento de uma prática mais voltada para a Atenção Básica. Existe um fetiche<sup>16</sup> com relação à realização de grande número de procedimentos

---

<sup>16</sup> Para a escola marxista, o fetiche é um elemento fundamental da manutenção do modo de produção capitalista. Consiste numa ilusão que naturaliza um ambiente social específico, revelando sua aparência de igualdade e ocultando sua essência de desigualdade. O fetiche da

e exames complexos. Este fetiche atende o mercado de interesses do complexo produtivo da saúde<sup>17</sup>.

Conforme Bachilli, Scavassa e Spiri (2008), o trabalho dos ACS é “uma construção que se aventura por novos caminhos (p. 59)”. Os autores relatam que os agentes pesquisados reconheceram que as interlocuções e vinculações solidárias produziram transformações tanto nos usuários como neles mesmos, da mesma forma que o desempenho do trabalho ao longo do tempo permitiu aos agentes se aprimorarem pelo que aprenderam da equipe e pela possibilidade de desenvolver um trabalho criativo. No entanto, referem que existe um descompasso entre as aspirações do ACS e a expectativa da instituição que lhe recebe, e que o processo de formação dos agentes é ainda fragmentado e insuficiente para gerar as competências necessárias para as suas práticas. Nos espaços de Educação Permanente ainda predominam conteúdos tradicionais que não dão conta da difícil tarefa de integrar as ações da clínica e da saúde coletiva nas práticas cotidianas.

Uma questão instigante para pensarmos a formação reside na discussão proposta por Bornstein e Stotz (2008). Os autores debatem principalmente se o papel de mediação desempenhado pelos ACS junto à comunidade se dará de forma conservadora ou transformadora. Este papel seria conservador ao incorporar determinados valores que são hegemônicos na “sociedade”, com a predominância de saberes considerados científicos sobre outros avaliados como “senso comum”, pertencentes às classes populares.

Na mediação conservadora os ACS incorporariam estes conhecimentos e tentariam “repassá-los” para a comunidade. Por outro lado, a

---

mercadoria, postulado por Marx, opõe-se à idéia de “valor de uso”, uma vez que este refere-se estritamente à utilidade do produto. O fetiche relaciona-se à fantasia (simbolismo) que paira sobre o objeto, projetando nele uma relação social definida, estabelecida entre os homens. (Bottomore, Thomas, 1993) Bruno Latour, sociólogo da ciência contemporânea, relativiza a noção de fetiche ao constatar que toda descoberta científica é também uma invenção, e vice-versa. Desse modo, os fatos são também ficções, e as ficções são também fatos. O simbolismo seria constituinte da própria realidade. A artificialidade seria uma condição positiva dos fatos. (Retirado de <<http://www.elsewhere.org/pomo>> acesso em out 2008).

<sup>17</sup> A construção de um imaginário de que quanto mais tecnologia mais eficaz será o atendimento, oculta interesses de grupos privados de saúde. Obviamente entende-se que são necessários todos os níveis de complexidade e de forma nenhuma se descarta a necessidade dos outros níveis de complexidade.

atuação dos ACS seria transformadora na medida em que possibilitasse à comunidade se apropriar de sua própria historicidade, de seus valores, de sua forma de viver. Esta discussão é de suma importância porque expressa um tensionamento importante entre saberes. As denominadas classes populares possuem saberes sobre como lidar com seus problemas de saúde, conhecimentos que não podem ser desconsiderados. Nesses dois extremos, a atuação do ACS poderá servir tanto como potencializadora ou empecilho na construção de determinadas práticas em saúde.

Obviamente, para que os ACS possam atuar de forma transformadora em sua comunidade, é necessário que os demais componentes da equipe também atuem no sentido da transformação social, percebendo a potencialidade dos territórios em que atuam, não comparando comunidades com diferenças sócio-econômicas e nem julgando condutas de acordo com valores morais que são socialmente mais aceitos. Cabe salientar que é complexo exigir que os ACS não adotem posicionamentos morais uma vez que, em muitas situações, os demais integrantes da equipe o fazem.

Para Buchabqui, Capp e Petuco (2006), compreender a saúde como autonomia implica uma dimensão política libertadora e emancipatória, que coloca o ACS em enfrentamento de processos que determinam o sofrimento da população, os quais estão intimamente ligados às dinâmicas de exploração e opressão social, bem como à exposição a condições insalubres de vida e trabalho. Estes autores valorizam as contribuições de Paulo Freire para as atividades de educação em saúde dos agentes comunitários, em especial o conceito de educação popular em contraposição à educação bancária. Esta última é uma concepção verticalizada em que o professor deposita seu saber no aluno, sem levar em conta o saber do aluno e nem a realidade na qual está inserido. A educação popular, ao contrário, ocorre no diálogo das subjetividades envolvidas no processo. Segundo os autores a “construção de vínculos que possibilita a promoção [...] de processos de educação em saúde por parte do agente comunitário, surge em face desta proximidade, do contato corporal pleno de afetividade” (BUCHABQUI; CAPP; PETUCO, 2006, p. 34). A dimensão afetiva é

---



uma segunda ampliação do conceito de saúde. Alinhado a um projeto emancipatório, democrático e popular de luta contra os fatores que precarizam a vida estão os modos afetivos de estabelecer o cuidado. Os autores encerram o texto dizendo que o debate político da saúde se faz através de práticas, e “estas inscrevem narrativas políticas no cotidiano das cidades, dos bairros, das comunidades e na vida das pessoas”. As práticas produzem textos vivos que podem ser lidos nos relatos, histórias e corpos. Estes relatos mudam os espaços, promovendo inclusão ou exclusão, alegria ou tristeza.

Apesar de todas as carências apontadas para a formação dos ACS, cabe mencionar que o discurso institucional por parte do governo federal, é de que há a intenção de associar a educação profissional à elevação de escolaridade. Com relação à formação dos ACS, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2004, juntamente com o Ministério da Educação (ME), o referencial curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde. Este documento tem por objetivo:

Apresentar, aos educadores, instituições de educação, escolas técnicas do SUS, órgãos de supervisão de ensino, entidades de pesquisa, entidades representativas dos setores produtivos correlatos, bem como à sociedade em geral, o referencial curricular nacional do curso técnico de agente comunitário de saúde, elaborado respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, estruturado em um Plano de Curso, conforme previsto no artigo 10 da Resolução CNE nº 04/99 (BRASIL, 2004, p.6)

O Referencial Curricular elaborado para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, construído pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação preconiza uma formação pautada nos pressupostos da educação popular. A discussão proposta neste documento baseia-se numa formação que não seja pensada como um “estoque de saberes” a ser repassado aos agentes, mas que possa engendrar uma capacidade de resposta aos acontecimentos produzidos pela realidade (MARQUES; PADILHA, 2004). No documento, as diretrizes curriculares foram organizadas em três eixos: o saber-conhecer (conhecimentos), o saber-fazer (habilidades) e o saber-ser (atitudes pessoais frente ao trabalho) (MS, ME, 2004).

Este documento tem por objetivo reforçar a relevância do Agente Comunitário de Saúde no contexto de mudanças das práticas em saúde e o seu papel social junto à população. Segundo dados da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), existem 24 escolas<sup>18</sup> que já possuem o curso em diversos Estados da federação. Cabe destacar que o Estado do Rio Grande do Sul ainda não possui formação técnica para Agente Comunitário de Saúde.

Conforme preconiza o Ministério da Saúde, o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde visa a:

(...) preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. O agente comunitário de saúde trabalha no Sistema Único de Saúde, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde (BRASIL, 2004, p. 16-17)

No entanto, a intenção de estímulo para elevação da escolaridade do ACS por parte do governo federal não é acompanhada por financiamento para os respectivos cursos técnicos. A realização dos cursos técnicos depende em grande medida do financiamento em âmbito municipal, uma vez que o governo federal custeia somente a primeira etapa do curso técnico, ficando as seguintes (segunda e terceira) sob responsabilidade das prefeituras. Esta situação parece explicar

---

<sup>18</sup> Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás (GO), Centro de Educação Técnico-Profissional na Área de Saúde (CETAS/RO), Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Barbosa Cortez (PI), Centro Formador de Osasco (SP), Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para Área da Saúde de São Paulo (SP), Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Araraquara (SP), Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Assis (SP), Centro Formador de Recursos Humanos (PB), Centro Formador de RH Caetano Munhoz da Rocha (PR), Centro Formador de RH de Pessoal de Nível Médio para a Saúde - Escola de Auxiliar de Enfermagem (SP), Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra (AM), Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis (BA), Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (CE), Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (MT), Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), Escola Técnica de Saúde de Blumenau (SC), Escola Técnica de Saúde do Centro de Ensino Médio e Fundamental da Unimontes (MG), Escola Técnica de Saúde do SUS Dr<sup>a</sup> Maria Nazareth Ramos de Neiva (MA), Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima (RR), Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe (SE), Escola Técnica de Saúde do Tocantins (TO), Escola Técnica de Saúde Prof<sup>a</sup> Valéria Hora (AL), Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SP), Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (AC) (Retirado de <http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/index.php>)

porque existem ainda poucas escolas técnicas para a formação de ACS no país. Frente a isso, grande parte dos municípios opta por realizar apenas o curso introdutório aos ACS.

#### **4.1.2 FORMAS DE CONTRATAÇÃO DOS ACS**

A forma de contratação dos ACS suscita um importante debate que não pode ser desconsiderado quando pensamos na melhoria da assistência à saúde da população, uma vez que a forma de contratação e a remuneração deste trabalhador impactam na forma como ele se sente valorizado em relação aos demais integrantes da equipe de saúde. Existe uma literatura considerável sobre as formas de contratação e de vinculação institucional (LIMA; MOURA, 2005; NOGUEIRA, SILVA; RAMOS, 2000; CASTRO *et al.*, 2004<sup>19</sup>).

A inserção do agente comunitário de saúde (ACS) na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua inauguração como política de governo, tem suscitado polêmica a respeito da forma mais adequada para as relações contratuais, a fim de que se possa contar de modo sustentável com esse tipo de recurso humano (CASTRO *et al.*, 2004). Essa polêmica é alimentada, em parte, pela demanda de atendimento a direitos trabalhistas e sociais, visto que, atualmente, em sua grande maioria, os ACS estão submetidos a relações informais de trabalho. Também surge do fato que algumas das alternativas propostas – tal como sua admissão no quadro de servidores públicos – são muitas vezes encaradas como inadequadas para uma função que exige um relacionamento estreito e permanente com a comunidade onde esses trabalhadores são recrutados. “Essa discussão tendo ocorrido reiteradamente em âmbito nacional e municipal, ficou conhecida como "a questão das modalidades de contratação" (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p.1).

---

acesso em: 19 de dez de 2008).

<sup>19</sup> Disponível em <<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoPolitica.php?codigo=195>> acesso em out 2008.

Lima e Moura (2005) consideram o ACS um trabalhador atípico por causa dos regimes de contratação não formais e pela competência exigida – de possuir um capital social e um atributo relacional para exercer sua ocupação. Os autores relatam que “o trabalho dos agentes reflete a nova forma de implementar políticas públicas descentralizadas pelo Estado e que atende ao pré-requisito de estar sujeito ao controle social dos cidadãos” (p. 103).

O ACS é uma das diversas categorias de trabalhadores de saúde que surgiu nesse contexto de reformas e de novas formas de relações de trabalho, instauradas no final da década de 1990 (CASTRO *et al.*, 2004). A integração deste novo ator no cenário da Atenção Primária em saúde, em nível nacional, lhe confere grande responsabilidade, sem, no entanto, inseri-lo na condição de ser institucionalizado com direitos trabalhistas garantidos.

Os ACS passam a estar a serviço do Estado e em condições de trabalho similares às dos funcionários públicos, sem, inicialmente, fazerem jus ao conjunto de direitos que a condição de servidor implica. Sua inserção é precária, informal e com baixa remuneração. Sua atividade permanente ao longo dos anos 1990 e a incorporação a outros programas, como a ESF, abrem o debate sobre sua vinculação institucional e sobre a forma mais adequada de relação de trabalho para dar mais sustentabilidade ao uso desse recurso humano (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Nogueira, Silva e Ramos (2000) propõem uma interessante discussão sobre a inserção laboral e institucional do Agente Comunitário de Saúde ao afirmarem que:

(...) as características da atuação dos agentes comunitários de saúde exigem modalidades de contratação compatíveis com seus propósitos de trabalho, assegurando, acima de tudo, sua identificação e relacionamento com a comunidade. (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p.14)

Estes autores criticam a interpretação utilitarista do ACS em que, através de uma política pública, eles são usados como executores burocráticos, na condição de recurso humano simplificado, de políticas de bem-estar em

comunidades carentes. Sugerem que numa visão solidarista o ACS seja visto como um trabalhador que habita a interface, a intermediação entre estado e comunidade, que ajuda a abrir as portas da solidariedade comunitária e facilitar o acesso aos direitos sociais. No Brasil, os ACS surgem em um contexto em que já não se admite que o Estado seja a fonte de todas as ações de bem-estar social, mas em um momento em que a sociedade civil não dispõe de entidades suficientemente organizadas para dar conta destas ações.

A precarização que é observada na forma de contratação de grande parte destes trabalhadores em nível nacional, é um dos fatores desmotivadores do trabalho e reflete como esta nova categoria de trabalhador não tem recebido o merecido reconhecimento em relação aos seus direitos trabalhistas.

Refletindo esta realidade, na unidade pesquisada o regime trabalhista estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde é temporário (sua continuidade depende da renovação periódica dos contratos). Quais as conseqüências disto quando consideramos que a atuação do ACS baseia-se nas tecnologias leves (MEHRY, 2000), envolvendo situações de confiança, estabelecimento de vínculo, conhecimento e identificação com a comunidade? Na unidade investigada, isto é especialmente delicado, uma vez que a maioria dos ACS trabalha lá desde que esta foi inaugurada e, portanto, possui um vínculo estabelecido com a comunidade. Mudanças no âmbito político-administrativo, como alterações contratuais, podem incidir diretamente nos modos de trabalho dos ACS, levando mesmo à suspensão de suas atividades, ainda que ele desempenhe satisfatoriamente suas atribuições.

O depoimento de um dos ACS da unidade pesquisada denota insatisfação e insegurança a respeito de sua inserção laboral ao afirmar: “*A gente é quase como um estagiário*” (ACS 3).

Para entender a complexidade do problema das contratações, é interessante retomar o estudo empreendido por Castro *et al.* (2004) sobre a precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde:

A discussão da contratação do Agente Comunitário é mais complexa do que aparenta, pois ela não é resultado de uma simples decisão do setor saúde em contratar desta ou de outra forma; ela decorre de importantes

mudanças ocorridas, ao longo da década de 1990, na economia nacional, na administração pública e nas formas sociais de trabalho. Especificamente para este trabalho, essas mudanças estão representadas pelo trabalho flexível ou informal. (...) Todavia, não faltam diagnósticos e análises da proliferação dos contratos informais ou, de contratos precários. O que parece faltar é a decisão dos gestores em assumir o problema para si, em cada esfera de governo (CASTRO *et al.*, 2004, p. 16)

Apesar de haver uma discussão importante relativa às formas de contratação dos ACS, em geral eles possuem contratos via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), diferentemente de grande parte dos trabalhadores em nosso país que, além de baixa remuneração, não acessa garantias trabalhistas mínimas.

#### **4.1.3 REMUNERAÇÃO**

Apesar de a remuneração não ter surgido diretamente nas falas dos ACS observados, este assunto apareceu em vários momentos de outras formas. Com um tom “jocoso”, por exemplo. Isto parece denotar certa dificuldade em mencionar aberta e diretamente questões relativas à sua remuneração.

A diferença salarial entre os trabalhadores das equipes de saúde é considerável, sendo que em alguns casos os ACS recebem a metade da remuneração do auxiliar de enfermagem. Estas significativas diferenças salariais acabam interferindo na forma como os ACS se sentem em relação aos demais membros da unidade, principalmente quanto à valorização profissional (NUNES *et al.*, 2002).

O ACS é tido como um dos responsáveis pela melhoria nas condições de vida da população. Considerado a “mola propulsora” da Atenção Básica (BRASIL, 2000), o que justifica sua baixa remuneração? O que está na base desta desigualdade salarial? Esta situação parece contribuir para a manutenção de uma sociedade desigual. Por que as responsabilidades dos ACS não se refletem também em uma remuneração mais equânime? Estas questões não podem ser desconsideradas se pensarmos em lutar pela transformação das

condições que produzem e mantêm a desigualdade em nosso país.

## 4.2 DIMENSÃO DO COTIDIANO DE TRABALHO DOS ACS

A ESF tem como premissa básica a vigilância aos fatores determinantes das condições de saúde da população de um território adscrito. Essa nova concepção em saúde baseada na atenção integral com base comunitária, impacta de forma importante no trabalho dos ACS. O território da unidade de saúde pesquisada está dividido em oito micro-áreas, sendo cada ACS responsável pelo atendimento de uma delas. Como pertencer à comunidade é uma das exigências da contratação dos agentes, cada ACS reside na área em que atua.

A unidade pesquisada é composta por duas equipes de ESF, por isto deveria formalmente possuir oito ACS trabalhando. No entanto, por problemas de gestão no âmbito municipal, há mais de um ano falta um ACS. Desta forma, três dos ACS que possuem um número menor de famílias em sua micro-área, acabam dividindo entre si o atendimento às famílias da micro-área para a qual está faltando um profissional.

O território da unidade pesquisada é bastante heterogêneo, possui duas áreas em situação de maior vulnerabilidade social. Estas são antigas áreas de ocupação urbana. Nas outras áreas, há grupos muito heterogêneos que vão desde a pobreza extrema até uma população com padrões típicos de classe média. Ao caminhar pela área adscrita à unidade ficam evidentes as diferenças sócio-econômicas que acabam expressando os níveis de saúde desta comunidade. Tanto que as áreas consideradas mais “problemáticas” pelos ACS em termos de saúde, coincidem com as duas micro-áreas que são as mais vulneráveis sócio-economicamente, em que situações como uso abusivo de drogas, violência familiar e desemprego são mais facilmente encontradas.

Acompanhando o trabalho dos ACS é possível perceber as diferenças, sobretudo econômicas, entre as áreas atendidas pela unidade de saúde. Esta importante peculiaridade marca e diferencia a atuação dos agentes comunitários de saúde desta unidade. Nas duas áreas especificadas, de maior vulnerabilidade, os problemas econômico-sociais com que os ACS se deparam



são mais urgentes e de difícil resolução, impactando diretamente nas condições de saúde desta população.

Considerando a caracterização do território como um todo, pode-se dizer que nas outras seis áreas adscritas existe uma situação econômica mais heterogênea. Nestes locais ainda há alguns usuários que são trabalhadores com vínculos formais de emprego. No entanto, as diferenças sócio-econômicas são perceptíveis quase que casa a casa do bairro.

Nas duas áreas que possuíam condomínios residenciais, os ACS declararam que não eram recebidos e que poucas pessoas nestes condomínios eram cadastradas. Estes condomínios destoavam da paisagem do bairro – uma vez que são conjuntos habitacionais que seriam facilmente encontrados em um bairro com padrões típicos da classe média. Seus moradores, apesar de residir no bairro, possuem um maior nível econômico. Aparentemente, por possuírem recursos para arcar com o pagamento de planos de saúde privados, acabam dispensando o trabalho do ACS e da unidade de saúde.

Acompanhando a intervenção dos ACS pelo território percebe-se que a compreensão relativa aos problemas de saúde da população entre os ACS desta unidade é muito heterogênea. Isto se deve, em grande medida, à diferença na trajetória profissional de cada um, e ao fato destes não terem realizado um processo de formação que permitisse uma compreensão mais contextualizada dos processos saúde-doença. Nenhum deles tinha experiência prévia no trabalho em saúde, todos desenvolviam atividades em outras áreas e dois já estavam aposentados.

As tarefas dos ACS da unidade de saúde pesquisada podem ser divididas entre as de caráter interno – realizadas na unidade – e externas, ou seja, executadas junto à comunidade. As tarefas realizadas na unidade são de ordem administrativa: organização das visitas domiciliares do dia, preenchimento dos formulários do Sistema de Informação da Atenção Básica<sup>20</sup> (SIAB), cadastro

---

<sup>20</sup> O Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família - PSF. O SIAB foi

familiar, cartão SUS, cadastro individual, preenchimento de relatórios de produção e demandas administrativas gerais da unidade.

O trabalho dos ACS junto à comunidade consiste na visita domiciliar (VD). Tais visitas são prioritariamente para acompanhamento das seguintes situações: pessoas hipertensas, pessoas com diabetes, crianças até dois anos e acompanhamento pré-natal das gestantes.

Existe uma meta mensal e diária de visitas domiciliares (VD's) para os ACS. É exigido o mínimo de 160 VD's mensais, o que totaliza 8 VD's diárias. No entanto, uma VD não equivale a uma residência atendida, corresponde a uma assinatura no boletim de atendimento. Desta forma, se for visitada uma casa em que mais de uma pessoa é atendida, a VD equivalerá ao número de pessoas que são acompanhadas nesta casa. Por exemplo, em uma casa onde são atendidas três pessoas, a visita equivale a três VD's.

Essa exigência de uma meta mínima de VD's é cobrada pela coordenação da ESF da unidade, que, conseqüentemente, é observada em todas as unidades de ESF implantadas no município pela coordenação geral da ESF, ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Apesar dos ACS pesquisados alegarem que a demanda de trabalho era excessiva, eles em geral permaneciam duas horas por dia na unidade de saúde, uma hora no início da manhã e uma hora no início da tarde. Este tempo de permanência, na maioria dos casos, era utilizado para organizar as VD's e as entregas de cartões SUS, além de outras rotinas burocráticas. O tempo utilizado era bem superior ao que este trabalho burocrático exigia. Ao serem perguntados

---

desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde. Dentre elas, destacamos: micro-espacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções; utilização mais ágil e oportuna da informação; produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas; consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregados. Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id\\_area=743](http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743)> acesso em 19 de dez de 2008.

por que permaneciam na unidade estas duas horas, os ACS foram muito categóricos ao afirmar que “não adiantava sair muito cedo porque no início da manhã a maioria das pessoas atendidas ainda estava dormindo e à tarde ainda estavam ocupados com o almoço”. Este horário poderia ser melhor aproveitado com a discussão de casos ou alguma leitura orientada, por exemplo, mas isto não acontece. Em geral, neste horário alguns ACS tomam café, outros fazem atividades de acordo com seu interesse: olham revistas com o objetivo de comprar algo, realizam ligações para tratar de problemas particulares, etc. Esta situação talvez seja um dos motivos que justifique a resistência inicial dos ACS em concordar com a observação participante das Visitas Domiciliares.

Ilustra-se com um trecho do diário de campo uma situação que denota certo funcionamento cristalizado do processo de trabalho dos ACS:

Chegou-se a unidade as nove horas de uma manhã de inverno bastante chuvosa, ao entrar na unidade perguntou-se pela ACS que iria-se acompanhar. A mesma encontrava-se num dos consultórios falando com uma das técnicas de enfermagem. Quando perguntada sobre o horário em que iria sair para realizar as VD's, a mesma respondeu em um tom de voz que beirava a irritação “que não adiantava ir naquele horário porque não tinha ninguém acordado, mas que iríamos assim mesmo”. (DIÁRIO DE CAMPO, AGOSTO, 2008)

Durante nossa permanência na unidade para acompanhamento do trabalho dos ACS, estes horários ociosos causavam certo desconforto para eles. Transcorridos alguns poucos dias de pesquisa, alguns permaneciam no pátio da unidade e não mais na cozinha como antes, talvez por terem consciência de que poderiam/deveriam estar realizando outras atividades neste horário. Essas situações podem estar relacionadas a certo esvaziamento no sentido do trabalho, e também a uma possibilidade de burlar o controle exercido pela administração (cartão-ponto) sobre o processo de trabalho.

O problema do tempo ocioso não é mencionado de forma nenhuma pelos ACS. Essa questão pode ser vinculada à forma de trabalhar da equipe, onde o trabalho grupal e a própria noção de grupo aparece como debilitada e fragmentada. A forma de administração da saúde municipal, já mencionada, contribui para burocratizar e enrijecer o funcionamento da equipe e limita a

possibilidade de discutir os modos de trabalho. Esta modalidade de funcionamento do grupo se expressa nas reuniões de equipe, onde não há discussão de casos nem discussão de novas estratégias de trabalho, limitando-se à apresentação de informes e outras questões burocráticas. Por outra parte, nas várias visitas realizadas à unidade, o número de usuários na espera de atendimento foi sempre reduzido, o que permite especular sobre a forma como essa modalidade de trabalho se reflete na demanda da população junto à unidade.

As relações entre os ACS da unidade pesquisada eram conflituosas, havia discordância em vários assuntos e uma divisão destes em dois grupos que rivalizavam entre si. Nas saídas de campo realizadas junto aos ACS, alguns se queixavam das relações com os demais integrantes da equipe, mas também do clima “tenso” que existia entre os próprios agentes. O principal disparador destas desavenças, segundo nossa análise, residia no fato de que o grupo minoritário tendia a concordar e acatar com as decisões da coordenadora, situação que causava muita indignação no outro grupo. Havia também acusações mútuas e trocas de ofensas no horário em que estavam todos juntos na unidade. O conteúdo das ofensas em geral, em tom acusatório, referia-se à forma como o trabalho era executado. Nas reuniões de equipe a divisão entre os ACS ficava bastante evidente na condução das decisões, porque não havia consenso entre eles sobre qualquer ponto que fosse discutido. As reuniões em geral ocorriam em clima não muito amistoso entre os ACS. Neste sentido, a realização da pesquisa de campo requereu muito cuidado e ética no manuseio das informações.

No acompanhamento às visitas domiciliares algumas situações vivenciadas merecem destaque e requerem análise. Os ACS eram abordados na rua para as mais diversas situações, desde saudações, pedidos relativos à unidade e outras informações privilegiadas de que os ACS dispõem por circular pelo território (como por exemplo, nascimentos, mortes, estado de saúde de outros moradores e uma gama muito variada de outras informações).

A posição que ocupam os ACS, que pode ser considerada fronteira entre o sistema de saúde e a comunidade, é estratégica para a construção de intervenções mais sintonizadas com a vida comunitária. Ao percorrerem a

comunidade, eles mesclam atos de puro improviso às intervenções programadas. A *camaradagem* se instala nas ações de saúde e já não se sabe bem se é de uma Visita Domiciliar de que se trata ou uma visita de camaradas/comadres para “jogar conversa fora”. Nestas “conversas jogadas fora” muitas coisas importantes acontecem. Algumas ações, sem dúvida altamente invasivas, são forjadas sob um sólido vínculo solidário. Palpites nas relações familiares, sugestões sobre o melhor local para colocar uma máquina de lavar, situações autoritárias que ocorrem ao lado de ações políticas mais agressivas. Nestas “conversas fiadas” ou nestes “enxerimentos”, de casa em casa, de rua em rua, muitas vezes os ACS são as únicas pessoas com quem alguns usuários podem contar. Um precioso elo de ligação entre solitários, pessoas em situações socioeconômicas ou familiares catastróficas (vulnerabilidade social) e o sistema de saúde e a sociedade.

Ao problematizarem o lugar ocupado pelo ACS, Nunes *et al.* (2002) consideram que o trabalho dos ACS tem o efeito de corroer as fronteiras da unidade de saúde: “as fronteiras se alargam, a lógica das interações se transforma (p. 1644)” e o contato com a intimidade da família pode construir uma rede de relações permeadas de novos significados e sentimentos. As autoras propõem que as necessidades de saúde não se restringem às de ordem biológica, mas incluem as existenciais, como as formas de sociabilidade e o plano afetivo.

As atividades extramuros realizadas por ACS das ESF são expressões de uma relação entre atividades assistenciais e atividades promocionais junto à comunidade, componentes do novo perfil de atenção. (MENDONÇA, 2004 p.362)

Contudo, Nunes *et al.* (2000) referem que as ações educativas para a adesão a estilos de vida mais saudáveis, por exemplo, podem vir acompanhadas de uma redução da complexidade da rede de significações dos usuários, levando a uma total normatização da vida. Assim, as condutas passam a ser classificadas como boas ou más e os usuários como dóceis ou indóceis em relação à adesão das prescrições, sem que haja uma contextualização das situações.

Os agentes traçam um percurso pela comunidade que não é estritamente burocrático. Os encontros com velhos conhecidos, ou com ilustres desconhecidos, como a “filha da dona fulana”, contagia os itinerários, misturando territórios e assuntos. Das receitas médicas às culinárias, da assinatura do papel das Visitas Domiciliares ao chimarrão e ao café.

Os ACS compartilham diversas informações sobre saúde com a população ao andar pelo território. Eles descrevem a agenda dos médicos (os dias em que se podem marcar consultas com cada médico da unidade), e dão explicações sobre vacinas, marcação de exames e outras atividades da unidade. Além disto, existe também uma gama variada e extensa de informações, das quais os ACS acabam sendo porta-vozes, por circular no território. Ao possuir estes dados eles auxiliam na intermediação de negócios das mais diversas naturezas, como por exemplo, a venda ou troca de veículos. Outras negociações ainda podem incluir troca ou venda de móveis e outros objetos. Os ACS em geral têm acesso a informações privilegiadas como: cursos gratuitos, vagas em escolas e creches comunitárias e doações de igrejas. Todas estas informações são compartilhadas na circulação do ACS pelo território.

Corroborando nossa apreciação, Bachilli, Scavassa e Spiri. (2008) argumentam que um dos elementos constitutivos do cotidiano dos ACS, depois do estabelecimento de vínculos solidários, é seu papel de interlocutor e porta-voz do conhecimento e das necessidades de saúde das famílias e da comunidade. Para isso, a conversa é uma tecnologia não material de trabalho que tem importância fundamental:

“Através da informação, da escuta, do conselho, da conversa, ao fazerem as visitas domiciliares, disponibilizam-se a abordagem dos problemas que detectam, revelando que a conversa durante o trabalho implica uma postura de neutralidade no conflito doméstico”. (BACHILLI, SCAVASSA E SPIRI, 2008, p. 55)

Na realidade, esta competência de interlocução é fundamental para que agente e usuário possam percorrer o caminho da produção de vínculos. A onipotência e a frustração atravessam a subjetividade do agente comunitário de

saúde que tem profunda relação com seu território de atuação, pois passa a desejar a satisfação das necessidades biológicas, relacionais e sócio-políticas para a população com quem compartilha o espaço de existência.

Os ACS são considerados o elo entre a comunidade e a unidade (SILVA; DALMASO, 2002). No entanto, a partir de nossa análise propõe-se que os ACS funcionam como “relés sociais” da própria comunidade. Conforme Fontes (2008):

O fenômeno “relé social”, grosso modo, pode ser descrito como o mecanismo que produz e divulga a mobilização dos indivíduos para novas redes, criando-se dessa forma “redes de redes”. Quer dizer, a partir de laços sociais pré-existentes, acessamos pessoas e nos inserimos em outras localizações institucionais no nosso espaço de sociabilidade. (FONTES, 2008, p.124)

Estes “relés sociais” são redes que funcionam como contexto para relações face a face. O termo *relé* é empregado como alternativa ao termo “*broker*”, definido por Boissevain (1976), como: “Aquele que recodifica e seleciona um novo canal. Codificando e transmitindo para o seguinte, ligando o ator em uma trilha de novas sociabilidades”. O ACS ao circular pelo território e possibilitar a (re)ligação dos indivíduos desempenha este papel de “*relé social*” possibilitando a inserção dos sujeitos da comunidade em outras redes de sociabilidade.

Com relação à avaliação de seu trabalho, um dos ACS comentou em numa das caminhadas pelo território: “*eu presto tantas informações pelas ruas, mas isto não vale como trabalho*” (ACS 1). Outro ACS argumentou:

Eu faço um roteiro de visitas, mas nunca consigo cumprir, um chama aqui, outro chama ali, tu viu né?... Claro têm as prioridades que são os idosos, e onde tem criança que a gente tem que cuidar muito, né?(ACS 5)

Esta constatação remete à queixa de alguns ACS. Segundo eles, há um “*trabalho que não conta como trabalho*”. Os ACS reclamam do alto grau de controle sobre suas ações e procedimentos, como os protocolos do SIAB

(Sistema de Informação da Atenção Básica) considerado um obstáculo burocrático, como explicita o depoimento de um ACS, citado por Menegolla; Polleto e Krahl (2003): “tem que seguir aquele modelo que vem lá de cima, e tu tem que seguir só aquele modelo (p. 89)”. Cabe considerar que os ACS não têm como incidir nesta proposta de avaliação de seu trabalho, uma vez que não tem representação nas instâncias de gestão da Atenção Básica.

Ao acompanhar o trabalho dos ACS percebia-se que estas queixas eram procedentes, uma vez que, em muitos casos, os ACS ficavam por duas horas na casa de alguém que precisava de auxílio e este trabalho de escuta contava como apenas uma VD. Para ilustrar esta situação retoma-se o registro de uma VD:

Fomos realizar uma VD em uma das áreas vulneráveis atendida pela unidade. A visita era para uma senhora acamada. Esta senhora morava em uma pequena residência localizada aos fundos de um terreno, a casa baixa, de madeira apenas o banheiro era de alvenaria. Esta senhora de aproximadamente 70 anos com graves problemas pulmonares, ficou emocionada com a presença do ACS. Ao chegarmos estava deitada respirando com o auxílio de um “tubo” de oxigênio, ao nos ver pede para sua nora ajudá-la a se levantar, ao que prontamente o ACS lhe atende. O ACS lhe auxilia a sentar-se na cama, ela começa a queixar-se de dores. Pergunta ao ACS por que não veio antes, seguindo ela, precisava muito falar com ele. A conversa segue por duas horas e à medida que permanecemos ali ela fica mais animada e começa a relatar histórias do marido (já falecido) e dos filhos. Sua expressão fica mais descontraída. O ACS faz várias brincadeiras, em tom jocoso, entre estas diz que vai casar com a filha desta senhora para ficar com a herança dela. Trata de forma cômica o tema da morte. Ao sairmos, a senhora abraça demoradamente o ACS diz que sente sua falta e pede que ele não demore a voltar e solicita que ele traga o médico na próxima visita. Saímos da casa o ACS está visivelmente emocionado com a situação de saúde da senhora, ao caminharmos comenta que ela não tem muito tempo de vida e por isso fica bastante tempo com ela. (DIÁRIO DE CAMPO, AGOSTO, 2008)

Os ACS propiciam à população atendida um modo diferenciado de cuidado, mas como avaliar este trabalho de caráter subjetivo. Esta parece ser exatamente a proposta da ESF, qual seja, produzir uma atenção integral. Parece haver uma discrepância entre os pressupostos para o trabalho dos ACS e na forma como este é avaliado pelas instâncias governamentais. Em muitos casos, os ACS sem denominar “atenção” que oferecem de integral e sem integrar a discussão acadêmica que existe sobre o tema, acabam realizando isso de forma



empírica. Isto pode ser analisado pelas razões que os ACS forneciam sobre situações de adoecimento, com explicações contextualizadas para o sofrimento. Para dar um exemplo desta situação, certo dia um dos ACS explicou porque uma senhora que acompanhava em seu território havia melhorado da depressão:

Ela melhorou da depressão depois que o marido faleceu... também ela cuidava dele acamado há quinze anos sem perspectiva de melhora. Vê-lo sofrer era muito penoso para ela. Como esta senhora costumava comentar “agora ele parou de sofrer e isto me alivia muito”. (ACS 7)

O ACS compreende que o sofrimento desta senhora tinha relação com o adoecimento do marido. Esta é uma explicação contextualizada para o adoecimento desta usuária, ou seja, a tentativa de compreender a depressão não somente do ponto de visto biológico, mas entender como isto se insere no contexto existencial desta pessoa.

Buchabqui, Capp e Petuco (2006) lembram que as concepções sobre o processo saúde/doença dão sentido às ações dos profissionais. Assim, é possível concebê-la tanto como uma ação curativa, com o intuito de retirar alguém da condição de desviante de uma norma, tanto como se pode conceber a doença como constituinte da dinâmica da vida, propondo estratégias de cuidado menos invasivas e mais dialógicas. Da mesma forma, é possível ao ACS apropriar-se da dimensão social envolvida de modo a agir politicamente nos determinantes políticos do processo saúde/doença. Os autores afirmam que em face de sua ligação com a comunidade, o agente comunitário de saúde imprime cores novas ao fazer em saúde coletiva:

(...) ao atuar como articulador das redes de apoio ao PSF, o agente incorpora aspectos políticos à sua ação cotidiana, mobilizando-se e inserindo-se nas redes de relações comunitárias, articulando lideranças constituídas e informais, hegemônicas e marginais. Ao se eximir do julgamento moral acerca de determinadas práticas, possibilita a ampliação do leque de alianças em defesa dos processos que promovem a vida. (BUCHABQUI; CAPP; PETUCO, 2006, p. 34)

No entanto, conforme nossa análise, nem sempre os ACS conseguem

se eximir de julgamentos morais acerca de determinadas práticas. Pode-se dizer que tal situação relaciona-se, em grande medida, com a pouca formação que recebem.

Ainda que, no nosso entender, os ACS não acessem um processo de formação que permita a compreensão dos processos de saúde/doença, existe por parte de deles uma boa apropriação do conceito de integralidade em saúde. Muitos ACS entendem que grande parte dos usuários necessita de apoio em seu sofrimento. E fazem crítica à excessiva medicalização aos usuários, como demonstra o depoimento deste ACS:

Os médicos acham fácil receitar antidepressivo... eu fico impressionada como as pessoas usam estes medicamentos, é muito difícil conversar com uma mulher que não tome. Eu sou contra o uso destas medicações, causa dependência, às vezes uma boa conversa poderia ajudar...nos tínhamos uma doutora aqui que era contra receitar os medicamentos, ela só receitava em último caso, porque isto é uma droga também.(ACS 5)

A partir da constatação de que existe um excesso de medicalização, muitos ACS consideram que o mais importante para um bom desempenho de seu trabalho é saber escutar e apoiar.

Na minha opinião não precisa de formação... eu nunca tive um curso para aprender a conversar com as pessoas. Eu acho que a partir do momento que tu te envolve, **que tu acolhe aquela pessoa com carinho, a vida da pessoa muda...** porque ela vai se sentir mais amparada, e eu não tive capacitação nenhuma para isto, eu gosto do que eu faço, eu me sinto bem com que eu faço, respeito as pessoas, **é preciso olhar a pessoa como ser humano**, saber que aquele que tá ali é igual a ti.... (ACS 2, grifo nosso)

Mais do que medicação as pessoas precisam de compreensão, de carinho. (ACS 2, grifo nosso).

Reiterando as discussões propostas por Silva e Dalmaso (2002) considera-se que, mesmo com todas as diferenças de formação com relação aos demais integrantes da equipe, os ACS são os sujeitos que viabilizavam uma

política pública de nova linhagem. Seu trabalho ultrapassa o atendimento às necessidades, porque ele se dedica a cuidar da comunidade e lida com a saúde em sua concepção ampliada. Cuidar, para os ACS, é mais do que tratar indivíduos. É promover saúde na comunidade, *deslocando o cuidado para o território* onde se insere a população adscrita.

Os ACS percebem a importância de um bom atendimento na Atenção Primária e possuem uma boa compreensão dos níveis de complexidade (nível secundário e terciário) no atendimento às necessidades de saúde da população, como denota o depoimento a seguir:

Para a maioria das pessoas um bom atendimento aqui evitaria a procura por outros profissionais, um bom acompanhamento evitaria... por exemplo, a procura por outros níveis de complexidade. (ACS 5)

Os ACS identificam os problemas de resolubilidade, uma vez que não há encaminhamento para a maioria das demandas por especialistas no Sistema Único de Saúde (SUS), como se pode observar no relato a seguir:

A gente é obrigado a dizer a verdade, tu podes ir ao posto, mas é praticamente impossível encaminhar, tem gente que está dois anos esperando uma consulta com especialista e não consegue". Para criança os encaminhamentos são mais fáceis, adulto é mais difícil. (ACS 7)

Os drogaditos tem que encaminhar, não tem como atender aqui. A gente não tem suporte. Não têm para onde encaminhar. (ACS 5)

A falta de encaminhamento para especialistas (outros níveis de complexidade) é especialmente complexa para os ACS: devido à proximidade com a comunidade, são cobrados, como demonstra a fala a seguir:

Quando não tem como encaminhar nós é que escutamos e somos cobrados. Para nós (ACS) é mais difícil porque é para nós que as pessoas vêm se queixar. (ACS 7 )

Neste sentido, pode-se imaginar a responsabilização que recai sobre

o trabalho dos ACS. Ao mesmo tempo em que o ACS é reconhecido pelo trabalho que desempenha junto à comunidade, existe uma grande cobrança que incide sobre este profissional. Uma das situações vivenciadas durante a pesquisa, relativa a uma marcação de exame, evidencia esta situação. Nesta ocasião a usuária culpou o ACS de não ter se empenhado para marcar o exame, atribuindo ao ACS a responsabilidade pelo fracasso.

A gente é que tem que escutar as queixas, a gente que anda na vila. Eu digo: vai lá e reclama na unidade. (ACS 3)

Martines e Chaves (2007) assim descrevem o deslocamento da responsabilidade das limitações do PSF para as práticas dos ACS:

(...) nas dimensões tecnológica e política, o PSF é considerado uma inovação substitutiva na Atenção Básica, conforme tenta se movimentar criativamente em direção ao núcleo familiar, trabalhar em equipe, escutar e considerar o saber e a participação popular, sair da Unidade Básica de Saúde e realizar intervenções mais ousadas na área, e de, uma forma geral, aproximar-se da integralidade da assistência. O PSF tenta desconstruir a centralização na UBS, mas o modelo clínico, infelizmente, ficou e ainda se mostra como o grande centralizador, o grande organismo de sustentação da assistência (independente se ocorrer dentro ou fora da UBS); é certamente um dos motivos, senão o principal, que induz o ACS ao sentimento de cansaço e desilusão no presente [ ] O processo de trabalho fez com que o ACS deslocasse para si, e a comunidade deslocasse para o ACS (portanto, é um duplo deslocamento), a responsabilidade em dar respostas ao usuário com vistas a sustentar o princípio de assistência integral [ ] Estes ACS lidam com a produção de soluções possíveis, a produção de cuidados comunitários, mediante uma realidade possível nem sempre compatível com o desejo do usuário, pois, com frequência mantém-se no mecanismo habitual de responsabilizar o interlocutor (o elo) pela insatisfação desse desejo (MARTINES; CHAVES, 2007, p. 431).

De fato, muitas expectativas pesam sobre os ombros deste personagem. Conforme Kluthcovscy e Takayanagui (2006) “por residirem nas áreas onde trabalham, vivem o cotidiano da comunidade, com seus aspectos positivos ou negativos, certamente com mais intensidade que outros membros da equipe e por isso estariam mais aptos a cuidar da saúde desta população” (p. 27). Lancetti (2006) relata situações em que os agentes comunitários, estabelecendo

“laços de amizade plenamente terapêuticos” (p. 90) enfrentavam diversas situações complexas, evitando internações e cuidando de pessoas com grave sofrimento psíquico. Para esse autor o ACS é um trabalhador afetivo fundamental, que se situa numa posição paradoxal, de serem membros da comunidade e integrantes do sistema de saúde, formando uma espécie de “política médica revolucionária (p. 93)” por integrarem o território existencial das pessoas podem tecer redes microssociais de poder terapêutico. A posição paradoxal dos ACS e sua condição de trabalhadores afetivos lhes colocam em posição de incidir nos processos de produção de subjetividade. Neste sentido, nossa análise é de que o trabalho do ACS é necessário, sem, contudo, ser suficiente para uma mudança efetiva na vida das pessoas da comunidade em que atuam, uma vez que a compreensão e a modificação do modelo assistencial depende de toda equipe de saúde e não somente do ACS. Inclusive a demanda de prestar um cuidado mais sintonizado com a comunidade entendida como sendo tarefa exclusiva do ACS é fonte de grande sofrimento para este trabalhador. Observou-se que em muitos casos a atuação do ACS serve para acomodar a equipe às tarefas intra-unidade como se o único trabalhador que devesse atuar fora da unidade fosse o ACS.

Os ACS se sentem responsáveis por situações como abandono de tratamento e ausência dos usuários às consultas marcadas. Como ilustram os depoimentos a seguir:

Eu trabalho há seis anos na mesma área. Quando tu consegue resolver algumas coisas é gratificante, mas às vezes é decepcionante...tu te decepciona com as pessoas, tu faz, tu tenta e a pessoa não se ajuda... teve um dia que eu falei para um dos casos complicados: olha tu quer morrer, morre... eu não te aguento mais... (ACS 2)

Tem coisas que te deixam chateado, dá vontade de desistir, mas eu não quero, eu não consigo. Eu me sinto responsável pela minha comunidade. (ACS 1)

A vulnerabilidade social com que os ACS se deparam no seu cotidiano de trabalho (e que em muitos casos eles mesmos estão expostos), requereria uma rede de apoio ampla devido ao grau de complexidade destas situações, como demonstram as falas:

Temos muitos problemas, o nosso dia-a-dia é muito sofrido, tu viu nas casas que nós fomos os problemas com que nos deparamos, nosso dia-a-dia não é fácil. (ACS 3, falando para a pesquisadora sobre o acompanhamento das visitas domiciliares realizados )

Eu procuro fazer o máximo que dá... eu converso aqui com o médico, encaminhamento mesmo não dá para fazer, é difícil, tento conversar com a equipe. Este menina que te falei... têm 22 anos, têm AIDS, droga (crack) ela já usava antes, tem tuberculose, quando ficou grávida de novo, descobriu a doença (AIDS). A filha mais nova está num abrigo porque houve denúncia pro conselho... o conselho tirou a criança porque ela tava colocando a filha em risco, ela tem tuberculose e não tava tratando...eu tava tentando conversar com ela... para ela fazer o tratamento para tuberculose, ela promete uma coisa, mas faz outra, a estrutura é tão ruim que ela não governa as próprias pernas, eu tento dar amor e carinho, mais que isto não posso fazer...(ACS 2)

Na minha área tem muita falta de estrutura (familiar), na minha área tem muito problema é de saúde mental. Tem muita briga em família. A família é desestruturada, na minha área quase não tem casal, assim pai e mãe, os filhos se criam sem pai. (ACS 2)

Na minha área tem bastante problema com drogas também, tanto de consumo quanto ponto de venda (ACS 3).

Na minha área, por exemplo, tem bastante problema de prostituição, meninas de treze e quatorze anos já estão se prostituindo... já nem é mais um caso para nós (ACS), já chegou ao conselho tutelar, é muito complicado... (ACS 5)

Os ACS se deparam com muitos casos de vulnerabilidade social em seu cotidiano, na maioria dos casos, estes não tem redes de apoio suficientes para lidar com estas situações, isto provoca nos ACS a sensação de frustração, impotência e sofrimento. Contudo, há que se considerar que, em muitas situações, os ACS são capturados por alguns valores presentes no restante da equipe. Valores estes que associam o território assistido como um “local marcado pela falta”. Vale dizer, uma leitura que associa a comunidade ao negativo de todas as benesses teoricamente alcançadas pela modernidade<sup>21</sup>. Ao ver a

---

<sup>21</sup> Considerando que a análise de temas que são responsabilidade do Estado não pode ser realizada de forma separada das questões econômicas, não custa lembrar algumas das grandes promessas da modernidade que permanecem não cumpridas, nas palavras do sociólogo Boaventura Santos (2000 p. 23): *no que diz respeito à promessa de igualdade os países capitalistas avançados com 21% da população mundial controlam 78% da produção mundial de bens e serviços e consomem 75% de toda energia produzida*. Isto para exemplificar de forma

comunidade por esta lente, os sujeitos que ali vivem são percebidos como alguém que necessita de tutela. A partir desta leitura de mundo, considera-se que os membros da comunidade não são capazes de auto-cuidado. Há na saúde um viés ainda marcadamente assistencialista. A luta pela saúde como um direito, bandeira de luta de vários movimentos sociais concorre ainda com uma visão clientelista e assistencialista. A oferta pública de saúde é ainda concebida como uma benesse do estado para os desassistidos e pobres. A idealização quer sobre situações econômicas quer sobre determinados funcionamentos familiares (família estruturada) é motivo de frustração no cotidiano dos ACS.

Os ACS da unidade pesquisada vivenciam situações de violência e abandono familiar. Estes casos, conforme relatam os ACS, são sempre os mais complicados e também aqueles que exigem maior atuação destes. Inclusive em alguns acompanhamentos percebeu-se que os ACS não sabiam como agir. Nestes momentos ficava evidente a falta de um funcionamento coeso na equipe que pudesse dar suporte às ações dos ACS. Com relação a situações de denúncia, principalmente ao conselho tutelar, é ilustrativo o depoimento deste ACS:

Existem situações em que é difícil a gente intervir porque é a gente que mora ali, é o nosso vizinho, não é alguém distante. (ACS 5)

Existem alguns códigos simbólicos que são compartilhados pelas pessoas que vivem na comunidade, diferentemente dos códigos dos demais trabalhadores da unidade, em geral pertencentes a outros estratos sociais. Contribui expressivamente para esta análise, a etnografia sobre grupos populares realizada por Fonseca (2000), em que a autora discorre sobre alguns valores presentes nestes grupos.

Durante a realização da nossa pesquisa, várias situações levaram a problematizar as relações dos ACS com a equipe da unidade. Uma das ocorrências que evidencia esta relação se refere à distribuição do espaço físico. Os ACS fizeram observações acerca do espaço físico que ocupavam na unidade.

---

resumida a situação de desigualdade entre os países. Também poderiam ser mencionados exemplos em outros âmbitos como a violação dos direitos humanos, destruição do meio ambiente,

Uma de suas reclamações era relativa ao fato de não poderem utilizar uma sala que a princípio era disponibilizada para seu trabalho. Conforme o relato deste agente:

Até uma sala que a gente tinha para trabalhar agora a gente não têm, são os doutorandos que utilizam. A gente tem que trabalhar, preencher os formulários na cozinha...correndo o risco de derramar café sobre nossos papéis. Não dá para entrar na sala de reuniões e atrapalhar os doutorandos, eles discutem os casos lá, fica chato, né? (ACS 5)

No entanto, esta situação com relação ao espaço parece denotar qual a posição hierárquica ocupada pelos agentes comunitários de saúde dentro da unidade. A sala, que a princípio era dos (ACS) foi ocupada para as reuniões dos doutorandos e eles ficaram sem dispor deste “lugar”.

A distribuição do espaço físico durante as reuniões de equipe (que ocorre uma vez por semana na unidade) é outra circunstância que requer análise. Nestas ocasiões, os agentes comunitários de saúde ficavam sentados em pequenos bancos individuais, todos os ACS muito próximos uns dos outros, ocupando um espaço físico mínimo junto à porta de saída da sala, enquanto os demais profissionais de saúde ocupavam a mesa desta sala de reuniões. Victora *et al.* (2000) narram esta mesma constatação, relativa à distribuição do espaço físico durante as reuniões de um serviço hospitalar de Porto Alegre. A análise da fotografia do local pesquisado durante as reuniões de equipe já aponta em parte o “espaço” destinado aos ACS na equipe.

A fim de expor como alguns ACS são recebidos pelos demais integrantes de uma unidade de saúde, reproduz-se duas frases que são ilustrativas: *“Esta ‘gente’ vai usar o mesmo banheiro que nós? Vão usar até a nossa cozinha?* Esta pergunta foi feita pelos integrantes de uma equipe ao serem informados que teriam ACS trabalhando na unidade<sup>22</sup>.

Este depoimento esclarece como se configuram as relações entre os

---

entre outros.

<sup>22</sup> Pergunta feita pelos integrantes da equipe de uma unidade de saúde quando foram informados que teriam agentes comunitários de saúde trabalhando na unidade (Comunicação oral, informante: técnica responsável pela formação permanente de um complexo hospitalar em Porto Alegre,



ACS e os demais trabalhadores em algumas unidades. Obviamente, as relações em outras equipes podem ter um caráter menos hierárquico e de maior coesão. No entanto, em algumas equipes os ACS são percebidos pelos demais integrantes como intrusos da comunidade, como quem de alguma forma “vigia” o trabalho dos demais profissionais da saúde. Uma hipótese possível a ser considerada neste caso, é que isto pode associar-se ao fato do ACS pertencer à comunidade, diferentemente dos demais profissionais da equipe.

Na visão de alguns profissionais, os ACS não possuem legitimidade para este trabalho, porque, conforme suas concepções, não detêm as competências profissionais técnicas necessárias. Vale dizer, numa perspectiva que associa saúde unicamente a práticas curativas realizadas individualmente e que requerem certo conhecimento técnico específico. Partindo unicamente desta expectativa, poder-se-ia dizer que os ACS não atuam em saúde, uma vez que realmente não possuem competências técnicas para isto (salvo em raros casos em que o ACS possui formação em técnico em enfermagem). No entanto, ao adotar-se o conceito ampliado de saúde, percebe-se a potencialidade que o trabalho do ACS pode ter. Neste sentido, se a relação que os demais integrantes da equipe estabelecem com o ACS é marcada pelo respeito e reconhecimento da importância de seu trabalho, isto é um fator motivador, integrador e potencializador para o trabalho deste. Contrariamente, uma relação de desvalorização do papel que o ACS desempenha poderá ser motivo de descontentamento, tornando o trabalho dos ACS esvaziado e sem sentido. Para exemplificar esta situação retoma-se parte de nosso diário de campo:

Em uma das reuniões de equipe que participamos na unidade pesquisada, um dos ACS trouxe como ponto para a pauta, a demanda de uma escola próxima da unidade. O ACS relatou a demanda para a equipe. A escola em questão havia contatado o ACS e solicitado que alguém da equipe fosse falar sobre “pediculus capitis” – nome científico do piolho. O ACS ao falar sobre isto na reunião de equipe se ofereceu para ir na escola e fazer uma reunião com pais e professores e falar sobre o tema. O ACS demonstrou interesse em desenvolver esta atividade, mas a coordenadora da unidade disse na reunião que teriam que contatar novamente a escola para ver qual era a demanda e que iria um dos médico ou enfermeira na escola. O ACS concordou sem demonstrar muita satisfação. Frente a isto questiona-se: o ACS não teria condições de desempenhar esta função? Isto parece ser um trabalho de educação em saúde que esta de acordo com as atribuições do ACS. Então por que não permitir que o ACS fosse até a escola fazer esta reunião com pais e professores para abordar a temática solicitada. No nosso entender

situação como esta dificultam o trabalho em educação do ACS e desencorajam outras atitudes como esta. Possivelmente o ACS teria condições de desempenhar este trabalho, mas para isto precisaria sentir-se apoiado pela equipe. (DIÁRIO DE CAMPO, AGOSTO DE 2008)

A partir das situações vivenciadas na pesquisa, pode-se depreender que a relação que os demais integrantes da equipe mantêm com o ACS produz reflexos importantes no desempenho de um trabalho satisfatório em prevenção e promoção em saúde.

No entanto, pondera-se que a visão hegemônica ainda associa a produção em saúde como uma técnica e como um trabalho para especialistas altamente capacitados em um hospital. Esta forma de ver a saúde é intencionalmente alimentada por determinados grupos cujo interesse é transformá-la em mercadoria e lucrar com ela. Desta forma, uma leitura ainda presente é a de que a legitimidade e autoridade para se trabalhar em saúde pertencem primeiramente ao médico e, depois, ao restante da equipe de acordo com a importância dos profissionais na escala/*status* social.

Uma possibilidade de pensar teoricamente a relação dos ACS com a equipe reside no conceito de poder simbólico de *Pierre Bourdieu* (1998). A idéia de propor este conceito para a análise em andamento reside na nossa interpretação, de que a relação entre a equipe pesquisada se pauta por este “poder”. Nossa proposição é de há um fortalecimento da figura do médico e de outros profissionais com curso universitário, por estes serem, supostamente, detentores de um conhecimento técnico que os legitima para atuar em saúde. Desta forma, algumas equipes e, na maioria dos casos, os próprios ACS, vêem seu trabalho como algo meramente burocrático, sem perceber suas potencialidades como agenciadores políticos e de mobilização social. No sentido exato que propõe Bourdieu (1989, p. 8), “o poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”. E ainda,

O poder simbólico é um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem gnoseológica: o sentido imediato do mundo (e, em particular, do mundo social) supõe aquilo a que Durkheim chama o

*conformismo lógico*, quer dizer, “uma concepção homogênea do tempo, do espaço, do número, da causa, que torna possível a concordância entre as inteligências”. Durkheim – ou, depois dele, Radcliffe-Brown, que faz assentar a “solidariedade social” no fato de participar num sistema simbólico – tem o mérito de designar explicitamente a *função social* (no sentido do estruturo-funcionalismo) do simbolismo, autêntica função política que não se reduz à função de comunicação dos estruturalistas. Os símbolos são os instrumentos por excelência da “integração social”: enquanto instrumentos de conhecimento e comunicação, eles tornam possível os *consensus* acerca do sentido do mundo social que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social: a integração “lógica” é a condição de integração “moral”. (BOURDIEU, 1998, p. 9-10)

O conceito de poder simbólico é potente para análise de algumas situações vivenciadas na pesquisa. Existe uma leitura feita “*a priori*” de que quem pode resolver os problemas de saúde é o médico. Assim, todos os problemas têm que ser comunicados a ele. A relação dos ACS com a equipe parece estar sujeita ao efeito do poder simbólico, exatamente por sua característica de construção da realidade. Há por exemplo, um consenso entre os ACS de que o profissional mais importante da equipe é o médico. Tanto que, quando perguntados como resolviam os problemas com que se deparavam, a maioria dos ACS mencionou que recorria ao médico. Por que seria o profissional médico o mais capacitado para a resolução de todos os problemas? Como são construídas estas noções e conceitos? Por que outro profissional da saúde não tem o mesmo prestígio na solução de problemas? Existe uma escala de importância dos profissionais de acordo com seus títulos acadêmicos, de forma que em muitos casos o ACS não consegue valorizar seu trabalho, por não possuir uma formação técnica.

A maioria dos ACS tenta obter um conhecimento empírico do funcionamento de certas medicações, possivelmente como uma forma de obter maior reconhecimento junto à equipe e à comunidade.

Atribui-se este desejo dos ACS de dominarem certo conhecimento técnico exatamente ao fato de que é o saber “científico” que é reconhecido e valorizado. Na medida em que somente este conhecimento é considerado válido quem não detém este saber se sente desvalorizado. Apesar dos ACS realizarem um esforço para realizar um trabalho voltado para atenção integral, a visão que associa a saúde a ações curativas individuais e, portanto, um trabalho para profissionais com capacidade técnica, é ainda muito presente, obviamente houve a construção deste imaginário por um longo período.

Duas situações particulares servem para ilustrar a dimensão do poder simbólico associado à prática biomédica na relação dos ACS com os demais integrantes. Primeiro a solicitação de utilização do jaleco branco, e também o pedido para realizar medição de pressão arterial. Os ACS são os únicos trabalhadores da unidade que não usam jaleco branco, todos os demais profissionais utilizam esta vestimenta. Os ACS de uma unidade pediram para usar o avental branco em suas visitas domiciliares, solicitação que não foi atendida. Questiona-se por que os mesmos requereram o uso desta vestimenta. Não será porque usar avental branco tornou-se um símbolo de distinção. Igualmente, não está entre as atribuições dos ACS realizar a medição de pressão arterial, o que leva os ACS a quererem realizar este tipo de procedimento. Não será também porque se associa poder à realização de determinados procedimentos técnicos? Neste sentido, recorre-se novamente a Bourdieu (1998),

O poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a acção sobre o mundo, portanto o mundo, poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica) graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for reconhecido, quer dizer, ignorado como arbitrário. Isto significa que o poder simbólico não reside nos sistemas simbólicos em forma de uma 'illocutinary force' mas que se define numa relação determinada – e por meio desta – entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, quer dizer, isto é, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença, **Os símbolos de poder (trajo, ceptro, etc) são apenas capital simbólico objetivado e a sua eficácia está sujeita as mesmas condições.** (p. 14-15, grifo nosso)

Esta relação de poder presente na equipe dificulta o planejamento de ações coletivas voltadas para a comunidade, como propõe a ESF. Impede ainda que os ACS atuem com ações voltadas para educação em saúde. Para que as unidades de ESF atinjam os objetivos a que se destinam - entre eles, o de ter uma atuação voltada para promoção da saúde e prevenção de doenças - faz-se necessária a adoção do conceito ampliado de saúde. Uma visão que considera o indivíduo em sua complexidade, para além do registro biológico e das ações curativas individuais. No entanto, esta visão médico-centrada ainda é bastante presente mesmo nas unidades de ESF.

### 4.3 DIMENSÃO DO SOFRIMENTO DOS ACS

O cotidiano de trabalho dos ACS remete a várias situações de sofrimento destes trabalhadores. As situações relativas às formas de contratação e remuneração não serão retomadas, uma vez que já foram abordadas neste estudo. Contudo, é necessário lembrar que esta insegurança em relação à continuidade do trabalho produz sofrimento, uma vez que os ACS, pelo tipo de vínculo empregatício que possuem, se sentem inseguros em relação a continuidade de seu trabalho.

As questões relativas à formação também já mencionadas produzem tensão principalmente porque os ACS sem possuir suficiente clareza acerca de seu papel, acabam assumindo e tomando para si responsabilidades que seriam de toda a equipe de saúde. E que, em muitos casos, também não dependem somente da equipe, senão que de uma série de mudanças estruturais.

Como nos alerta Tomaz (2002) o ACS não é um super-herói. No entanto, em seu dia-a-dia o ACS se depara com situações de vulnerabilidade social e ao tomar para si a responsabilidade de enfrentá-las, sem conseguir incidir diretamente sobre as condições de vida da população, acaba em muitos casos ele mesmo adoecendo.

Os achados mostram a existência de uma importante vulnerabilidade ao sofrimento, gerada principalmente pela idealização da própria prática e pela escassa perspectiva de rearranjo dos ingredientes constitutivos da organização do trabalho, já que este profissional depende de fatores alheios ao seu espectro de alcance, que inclui as limitações do modelo assistencial proposto pelo PSF. (MARTINES; CHAVES, 2005, p. 15)

Em muitas situações os ACS referiram que necessitariam ser escutados. Seu trabalho possui muitas demandas, e frente a elas estes trabalhadores mencionam a falta de apoio.

Eu precisaria de um acompanhamento, de ser escutado nas minhas dificuldades no trabalho. (ACS 2)

A gente precisava de apoio, a gente acaba absorvendo problemas e a gente precisa conversar... mas não tem com quem, né... as pessoas tem muita necessidade de conversar, não tem a quem recorrer eu acabo escutando muitos problemas, mas não tem o que fazer...como está este caos na saúde no município, não tem acompanhamento..e nós também não temos acompanhamento.(ACS 5)

Sinto necessidade de ter apoio, de ser escutada, porque a gente tem nossos próprios problemas. (ACS 3)

A maioria dos ACS não tem estratégias de enfrentamento que possibilitem lidar com o sofrimento proporcionado pelo trabalho e em muitos casos eles acabam adoecendo. Como demonstram as falas abaixo:

Eu lido com o sofrimento tentando esquecer, eu escuto, escuto e fica por isto mesmo... têm coisas que só podemos escutar... não têm o que fazer...tem uma família que não se dá bem, mas eu sou agente de toda família, então não posso tomar partido, eu só escuto... as pessoas querem que tu tenha um tempo, que tu escute, é isto que às pessoas mais querem... mas eu escuto até por ali, porque eu tenho meus problemas...não posso absorver tudo, a gente precisaria de uma escuta também, têm dias que nosso trabalho é muito difícil.(ACS 5)

A gente que trabalha precisa ter uma estrutura, um apoio, eu fico falando com as pessoas e vejo que elas precisam conversar... as pessoas quando envelhecem, se aposentam, ficam solitárias, acabam se sentindo sozinhas e abandonadas... não tem com quem conversar... tem muitos casos de depressão na minha área... às vezes tu vai às casas, as pessoas já não tão agüentando mais... tu chega nas casas e as pessoas choram muito... mas também o que fazer com isto. (ACS 7)

A gente se sente impotente, tem vontade de fazer as coisas e não tem como fazer, querer ajudar e não ter como. O agente de saúde termina virando o psicólogo de cada família, no meu caso faz seis anos que eu bato nas mesmas portas, as mesmas pessoas que te atendem, então tu já conhece o histórico de cada uma, aquelas casas que antes te recebiam no portão, hoje tu chega e vai falando to chegando... assim tu acaba fazendo parte da família. (ACS 4)

Nós precisaríamos ter um psicólogo só para nós, para escutar o que temos a dizer. (ACS 2 )

Tem dias que dá vontade de sair correndo". (ACS 4)

Custódio *et al.* (2006) ressaltam a vulnerabilidade ao sofrimento a que os ACS estão expostos no contato direto com a comunidade a problemas de grande magnitude e complexidade: “uma vez que não só se expõem

continuamente a problemas de naturezas diversas, mas são freqüentemente surpreendidos por eles (p. 193)". Em relação ao mesmo assunto, Martines e Chaves (2007) referem como principal causa do sofrimento no trabalho dos agentes a idealização excessiva do seu papel, com muitas expectativas em seu potencial de mudança das práticas sem a concomitante transformação do restante do sistema de saúde e da retaguarda adequada. Isto gera um descompasso entre o perfil real e o perfil esperado porque segundo os autores: "houve um acoplamento das idéias, fantasias, ideologias e expectativas dos vértices constitutivos desse conjunto, de tal modo que o ACS mostra-se convicto de que a missão de fato é dele (p. 430)". Os autores lembram que o trabalho em saúde foi historicamente atravessado por traços tayloristas, fragmentação de conhecimentos e práticas, divisão parcelar do trabalho centrado no modelo biomédico, burocratização, normatizações técnicas, sistema de controle de produção e "mecanismos de alienação e imobilidade" (p. 427) que continuam influenciando os processos de trabalho em saúde. Assim, os ACS se deparam com estas realidades instituídas e sobre eles pesa a expectativa de serem agentes de transformação social.

Uma das realidades que produz sofrimento ao ACS parece residir exatamente na expectativa que recai sobre ele, qual seja, de que ele sirva como elo entre a comunidade e a unidade de saúde.

A presença do ACS não tem muita receptividade em algumas equipes de saúde. Por vezes eles são percebidos como intrusos da comunidade na equipe, como um "forasteiro" que observa o trabalho dos demais profissionais da saúde. Ainda que seja aceito na equipe, o ACS não goza do mesmo *status* de outros profissionais junto ao restante da equipe. Seu trabalho em muitos casos é visto como uma contribuição menor ao trabalho da equipe. Em muitas situações durante a realização do campo pode-se perceber certo desconforto dos ACS em relação aos demais integrantes da equipe. Como no caso da distribuição do espaço físico em que os ACS perderam o espaço que ocupavam e passaram a preencher seus documentos na cozinha. E também a situação, já descrita, do espaço físico "destinado" aos ACS durante as reuniões de equipe.

A relação do ACS com a comunidade, conforme nossa análise a partir das situações vivenciadas em campo, pode oscilar entre duas polaridades:

prestígio e desprestígio. O ACS tem prestígio por integrar a equipe de saúde e ampliar as possibilidades de acesso da comunidade à unidade, como, por exemplo, facilitando marcação de consultas e exames. Por outro lado, este trabalhador pode ser percebido pela comunidade como um olheiro da unidade de saúde sobre suas práticas cotidianas, tanto que algumas famílias se recusam a recebê-lo. No entanto, o pólo em que o ACS está situado nas relação com a comunidade, depende muito da forma de sua atuação individual, da disposição para auxílio aos usuários que este demonstra. Por exemplo, se este consegue estabelecer vínculos mais solidários com a população que atende, mostrando-se maior proximidade com as famílias, gozará de mais prestígio. Contrariamente, se não conseguir estabelecer bons vínculos, será desprestigiado. Estas relações são sempre muito delicadas para os ACS.

Apesar de considerar que a relação com a comunidade pode oscilar entre as duas polaridades, ao acompanhar as visitas domiciliares com os ACS percebia-se que estes, na maioria dos casos, possuíam prestígio junto à comunidade e seu trabalho era reconhecido como algo importante. Tanto que os itinerários eram muitas vezes interrompidos e modificados para que os ACS pudessem atender a todas as pessoas que solicitavam sua atenção. E, não raramente, os ACS eram presenteados com diversos “mimos” pelas pessoas atendidas. No entanto, fica a pergunta como o ACS poderá atuar nas condições de vida e no *empoderamento* de suas comunidades, se ele mesmo não se sente legitimado e empoderado frente à equipe de saúde?

Um fator considerado muito positivo pelos ACS em seu trabalho é o pertencimento a comunidade em que atuam. Como demonstram as falas a seguir:

O bom é ser da área, tu sabe o que acontece, por exemplo, quando acontece alguma coisa no final de semana tu já sabe o que te espera. (ACS 7)

Eu gosto de trabalhar, eu conheço às pessoas, tem coisas que a gente fica sabendo antes, as pessoas confiam mais porque tu conhece o dia-a-dia de cada um...então se torna mais fácil o trabalho, se eu não morasse ali ficaria mais complicado. Eu não ia me sentir bem trabalhando aqui dentro (da unidade). (ACS, 5)



Vários ACS referem que mantém uma relação com os usuários como se estes fossem de sua família. Em seus depoimentos aparecem claramente as noções de pertencimento e de solidariedade. “Eu tento resolver os problemas, a minha área é como se fosse a minha família... eu também não tive estrutura” (ACS 2). No momento em que o ACS fala isto se emociona e chora muito. Neste dia, seu depoimento segue por quase meia hora. Este ACS fala de seus filhos e de outros jovens que viu crescer e foram assassinados pelo tráfico e de outros que morreram pelo uso de drogas. Esta fala emocionada descortina a possibilidade de pensar nas relações de reciprocidade que se estabelece entre o ACS e a comunidade. A forma como o ACS percebe e compreende a comunidade é diferente dos demais integrantes da equipe. Os demais integrantes da equipe acompanham a comunidade, mas a partir de outro lugar porque não compartilham com esta seus códigos simbólicos, seu lugar de pertencimento social, seu território de produção da vida. O fato de residir na comunidade e estar integrado neste universo simbólico faz com que a relação que o ACS tem com a comunidade se pautem em grande medida pela reciprocidade<sup>23</sup>.

Um ACS chegou a mencionar que quando alguém da comunidade não era bem tratado na unidade, ele sentia certa indignação porque era como se fosse ele ou alguém de sua família evidenciando uma relação de identificação com a comunidade em que atua.

Muitos ACS alegaram que conheciam a comunidade porque nela residiam, o que lhes garantia certa previsibilidade de condutas. Existe certa zona de indiscernibilidade entre as relações de amizade e compadrio e as relações profissionais que os ACS têm que estabelecer com seus vizinhos. Os ACS são mais acessíveis que outros profissionais porque residem na área em que atuam. Se por um lado a situação de proximidade/vizinhança favorece o estabelecimento de vínculo porque os usuários se identificam com os ACS, pode haver certa invasão da privacidade do universo existencial dos usuários, porque os ACS tem um acesso privilegiado a certas informações. Parece existir um limite muito tênue

---

<sup>23</sup> O conceito de reciprocidade, conforme Marcel Mauss (1924) em sua obra “Ensaio sobre a dádiva”, se detém na análise dos dons e dos contradons – trocas de presentes. Na visão desse antropólogo, há nessas trocas uma natureza voluntária, porém obrigatória, embasada no trinômio dar, receber e devolver. Assim, a organização social estaria pautada na honra e no prestígio de seus membros. Disponível em < <http://www.revistaaletheia.com/n1/resenhasn1/Mariaaparecida.pdf> > Acesso em: nov 2008.

nestas situações. Os ACS não estão regidos por nenhum código de ética. Fortes e Spinetti (2004) referem certa preocupação sobre que tipo de informação os agentes comunitários de saúde devem receber da equipe, já que estes não estão regidos por um código de ética profissional, que lhes exigiria questões como o sigilo e a privacidade, e ao mesmo tempo seu tipo de inserção na comunidade poderá fazer com que funcionem como “olheiros” da equipe de saúde na comunidade. Sobre este ponto cabe considerar que a fofoca é uma importante moeda de troca nos grupos populares, conforme análise empreendida por Fonseca (2000), em sua etnografia sobre relações de gênero e violência nas classes populares. Parece que um processo formativo em que estas questões fossem abordadas serviria como uma medida importante.

A mudança na linguagem serve para pensar o papel do ACS entre os dois universos culturais que integra. Durante a realização da pesquisa empírica observou-se a adoção de uma linguagem técnica por parte dos ACS. À medida que estes passavam a dominar certas expressões técnicas não utilizam mais palavras consideradas “populares” para se referir aos quadros clínicos (Knauth 1992), principalmente na presença dos outros integrantes da equipe. Pode-se interpretar esta reação como certa necessidade de sentir-se parte da equipe de saúde.

A análise empreendida por Knauth (1992) contribui para reflexão destas mudanças de atitude dos ACS, ao circularem nestes dois universos.

Em função disto, a antiga roupa já não serve mais. É preciso colocar sua melhor roupa, sapatos de salto alto, bijuterias e usar maquiagem. Toda esta nova produção da imagem está diretamente vinculada com a representação que se tem do médico (e dos demais profissionais de saúde) e de seu status social. Neste sentido, não apenas seu aspecto visual se modifica, mas também sua postura corporal e seu próprio discurso, por exemplo, ao invés de sarna, passa-se a dizer **escabiose infecciosa**. Todo este processo apresenta-se de forma mais intensa quanto maior é a distância simbólica entre o Agente e a equipe dos profissionais da saúde. (KNAUTH, 1992, p.46, grifo nosso)

No entanto, foi igualmente observado que para explicar determinadas doenças para a comunidade, os ACS buscavam utilizar palavras que as pessoas

da comunidade compreendessem. Realizando um trabalho que poderia ser identificado como de tradutor, mediador ou de comunicador. Percebeu-se durante a pesquisa, muita disponibilidade dos ACS em explicar certas questões, como a forma correta de tomar uma medicação ou deixar claro a necessidade de realizar determinado exame. Além de aconselhamentos pelos ACS para a adoção de estilos de vida considerados mais saudáveis.

Neste sentido, os ACS empreendem um esforço para circular entre dois universos culturais, qual seja o da unidade de saúde e o da comunidade. Obviamente estes dois universos não são herméticos, não existe uma total separação entre o universo da unidade e dos usuários. No entanto, há diferenças marcantes entre o que circula no universo existencial dos usuários da unidade e dos trabalhadores. Existem códigos culturais que marcam um e outro universo.

Em muitos casos a dificuldade de determinados profissionais em compreender o universo existencial dos usuários impede uma intervenção mais sintonizada com a vida das pessoas e conseqüentemente mais eficaz. É necessário, como afirma Martins (2008), compreender o que circula na vida social em favor da organização coletiva.

Existe um conjunto de crenças e valores acionados pela equipe, pela comunidade e pelos ACS (muito embora seja complicado tecer estas considerações de forma absoluta e fechada, uma vez que isto pode acontecer com várias nuances e gradações). No entanto, é indispensável considerar que muitas equipes da ESF ainda não incorporaram em suas práticas os pressupostos deste programa, de forma que sua atuação ainda é muito médico-centrada e suas ações baseadas em uma prática curativa individual. Algumas equipes ainda não conseguem planejar intervenções voltadas para uma prática de atenção integral em saúde. Ao não incorporar estas concepções existe certa cristalização de papéis, com predominância da figura do médico. A compreensão de que são os profissionais técnicos que detêm o poder/saber sobre a saúde da população, faz com que um conjunto de ações realizadas pelos ACS não seja considerado como atuações em saúde. Em muitos casos, a própria comunidade aciona este conjunto de crenças o que faz também com que o ACS se sinta desvalorizado em relação aos demais integrantes da equipe.

Na unidade pesquisada havia certa dificuldade de pensar e acionar

um trabalho em rede - e, sobretudo, das redes informais. Os ACS carecem da compreensão da potência que este modo de atuar pode oferecer. A idéia de rede parece estar muito limitada à rede formal do Sistema Único de Saúde e os ACS acabam alimentando uma dependência muito vertical das famílias com a unidade. Não parece haver um bom aproveitamento dos recursos disponíveis na comunidade. Tanto que uma das únicas redes mencionada pelos ACS foi à de assistência social, como denota esta fala: *A gente encaminha as pessoas para lá, se precisam fazer um documento, de uma passagem... vai lá que a assistente social ajuda...* (ACS2)

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar os modos de trabalho dos ACS implica entender o conjunto de forças que incidem no cotidiano deste trabalhador, como se demonstrou no decorrer deste estudo. Com relação ao âmbito político-administrativo, cabe pensar na formulação de políticas públicas sintonizadas com as reais necessidades de grande parcela de nossa população, historicamente excluída de direitos sociais básicos. Neste sentido, concorda-se com Tomaz (2002) quando afirma que o PACS e o PSF não devem ser vistos apenas como programas de extensão de cobertura para populações marginalizadas e sim como estratégias estruturantes que visem em longo prazo promover a Atenção Primária de forma integral a toda a população. Caso contrário, o PACS seria realmente “uma cesta básica de saúde utilizando uma medicina pobre para pobres através de ações de baixa tecnologia” (p. 85).

Os programas ESF e PACS possuem um belo esboço em termos político-administrativos, mas cabe atentar para como estas políticas se operacionalizam no mundo vivido. Existe um abismo considerável na transposição destes discurso institucionais para a prática. Neste sentido, é importante mencionar as críticas levantadas por Borstein e Stotz (2008). Estes autores apontam que a ESF possui um “discurso mudancista” que tem se caracterizado por uma crescente despolitização e superficialidade, uma negligência do conhecimento da clínica em função da vigilância à saúde e epidemiologia e um alto grau de normatividade das ações, nelas incluída a dos ACS.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) propõe que as ações, nos serviços de Atenção Primária (Unidades Básicas e/ou de Saúde da Família) devem ser desenvolvidas:

Por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006, p. 10).

No entanto, a conclusão de Merhy e Franco (2003) é a de que as mudanças no modelo de atenção se deram no nível molar, macro, no nível das instituições, mas ainda carecem de uma maior efetividade no nível micro, no nível das relações e do fazer cotidiano. Há que se pensar meios de potencializar as ações no nível micro de modo que se opere efetivamente uma mudança nos modelos de atenção concretamente, para além das portarias e leis que já estabelecem isso como proposição. Mexer nas relações nesse nível micro, naquilo que perpassa o cotidiano, operando mudanças no que está instituído aí, é uma forma de potencializar mudanças efetivas em nível macro (BAREMBLITT, 1992). Uma mudança de fato nos modelos de atenção precisa perpassar por esse tipo de mudança – no nível das relações, do cotidiano, dos micropoderes (MERHY; FRANCO, 2003).

Como nos alerta Tomaz (2002), existe uma tendência a “super-heroização” e a “romantização” do papel do ACS e “não se pode colocar nas costas do ACS o árduo e complexo papel de ser a mola propulsora da consolidação do Sistema Único de Saúde (p. 86)”. A consolidação do sistema assim como o processo de transformação social depende de diversos fatores, políticos, técnicos e sociais, envolvendo diversos atores, inclusive, mas não somente, o ACS.

Existe um paradoxo na forma como o ACS é valorizado em termos de discurso institucional e como isto se efetiva na prática cotidiana. O que se observa é que este importante recurso humano tem sido pouco valorizado, nas diversas esferas de governabilidade – em questões relativas a sua formação, a forma de contratação e remuneração.

A formação que o ACS tem recebido é, na maioria dos casos, insuficiente para que ele possa lidar com a complexidade que seu cotidiano de trabalho apresenta. Ao não possuir discernimento acerca de suas atribuições o ACS se sente responsabilizado por situações que extrapolam sua atuação. Ao não conseguir responder a determinadas demandas em seu trabalho, o ACS acaba se sentindo desvalorizado e entrando em grave sofrimento. Entende-se que para a formação deste importante recurso humano precisaria existir um processo de educação permanente em que este ator fosse um co-construtor das demandas. Além disto, seria necessário incorporar nos processos formativos os

conceitos de uma educação transformadora, utilizando os saberes que os ACS já possuem. E não se basear na educação conservadora em que os conhecimentos que os ACS possuem são considerados senso comum e sem valor.

A relação que os demais integrantes da equipe de saúde mantém com o ACS, poderá funcionar como um fator de motivação para o trabalho, na medida em que o ACS se sente reconhecido e valorizado pelo restante da equipe por sua atuação. Contrariamente, a relação com os demais integrantes da equipe, poderá ser um fator de desmobilização deste trabalhador, ao se sentir excluído ou menosprezado em seu trabalho.

A hierarquização das relações e a dificuldade de pensar e agir em equipe apareceu em diferentes momentos durante nossa observação na unidade. Fato que nos leva a concluir que nos processos de trabalho em saúde ainda se conserva a presença de uma divisão de trabalho, baseada na decomposição de tarefas isoladas que são integradas por meio da hierarquização das profissões – o que cabe a cada um no nível hierárquico que ocupa. Essa hierarquia entre as profissões a divisão do trabalho – normalmente com a supremacia do saber médico – abarca uma série de tensões, conflitos, negociações, que afetam tanto os trabalhadores como os usuários (DESLANDES, 2002).

Acredita-se que parte do sofrimento referido pelos ACS poderia ser amenizado se houvesse um trabalho mais efetivo em equipe, com a possibilidade de intervenções conjuntas através da discussão de casos e construção de projetos terapêuticos. Seria importante também que houvesse encontros mensais entre os ACS dos municípios ou ao menos dos distritos sanitários, com o objetivo de fortalecer as redes sociais entre eles. A construção destas redes possibilitaria o compartilhamento de experiências através da discussão de problemas comuns no cotidiano de trabalho dos ACS. Considera-se importante o estabelecimento desta possibilidade de comunicação entre estes profissionais como uma forma de minimizar a vulnerabilidade e o sofrimento a que estes trabalhadores freqüentemente estão expostos.

No entanto, reitera-se a crítica feita por Borstein e Stotz (2008) relativa à possibilidade de os ACS manter uma participação passiva em relação a sua comunidade, replicando mecanicamente discursos e técnicas aprendidos com os técnicos, ou que lideranças comunitárias sejam esvaziadas ao se identificarem

com as instituições de saúde, ou que se reproduzam antigas práticas mantendo favores e facilitando o acesso aos serviços de saúde de uns em detrimento de outros, e de que as práticas educativas sejam mais dominadoras que transformadoras. Os autores também questionam às visitas domiciliares compulsórias, que podem se transformar em uma forma de intromissão na privacidade das pessoas (BORSTEIN; STOTZ, 2008).

As evidências encontradas na pesquisa realizada demonstram que existe ainda um longo caminho a percorrer para que ocorra a compreensão do papel social do ACS e da importância de seu trabalho. Entende-se que a ESF e o PACS são programas relativamente recentes e para que eles aconteçam tal como é preconizado institucionalmente – proporcionando uma reversão do modelo de atenção centrado na cura individual em um hospital para um modelo de atenção integral – ainda restam muitos desafios a serem superados. Integra parte destes desafios a adoção do conceito ampliado em saúde com a adoção de práticas em saúde mais sintonizadas com a vida da comunidade atendida.

Para que os ACS consigam ser ouvidos em suas reivindicações é importante que estes tenham representação como categoria profissional, junto as instâncias de gestão da Atenção Básica. A organização dos ACS em âmbito municipal, estadual e federal é de suma importância para o fortalecimento da categoria e estabelecimento de redes para troca de experiências. Neste sentido, eventos como o II Encontro Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias (Enacse), realizado de 12 a 14 de março de 2009 em Valença (BA), são relevantes. Neste encontro os ACS discutiram e trocaram experiências sobre o trabalho realizado junto às comunidades. Estiveram em pauta também questões relativas ao piso salarial, insalubridade, financiamento da saúde, integração entre agentes, sociedade, gestores e governos, dificuldades no exercício da profissão, necessidade da valorização profissional e social dos agentes dentre outros<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Este encontro foi promovido pela Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias (Conacs) e organizado pelo agente comunitário de saúde Roque Onorato, o evento contou também com a participação do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.



Pode-se pensar, no entanto, que a criação do PACS é algo relativamente recente em nosso país e as mudanças engendradas por esta nova compreensão da saúde são processuais, requerem além da formulação jurídica, mudanças sociais e culturais, além de processos educativos/formativos nas diversas instâncias envolvidas neste processo.

## REFERÊNCIAS

- AYRES J. R. C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999.
- AYRES, J. R. C.M. et al. AIDS, vulnerabilidade e prevenção. Rio de Janeiro, ABIA/IMS-UERJ, II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de Aids, 1997.
- AYRES, J. R. C.M. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. Boletim epidemiológico - C.R.T. – DST/AIDS – C.V.E. – Ano XV – Nº 3 – Dezembro 1997, São Paulo.
- BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Ciênc.& Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.51-60, 2008.
- BLEICHER, L. Saúde para todos, já! Salvador: ÉTERA, 2003.
- BOLTANSKI, L. As Classes Sociais e o Corpo. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a prática e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. Ciência; Saúde Coletiva, v. 13, n. 1:259-68, 2008.
- BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação conservadora e a transformadora. Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, p. 457-80, fev. 2009.
- BOURDIEU, P. A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicas. Petrópolis: Vozes, 2005.
- BOURDIEU, P. O poder simbólico. 2. ed. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648. Brasília. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Brasília – DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 3.189. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. 1994b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>> Acesso em: 20 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 15 de 17 de Março de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2008.

BOISSEVAIN, J. *Friends of friends. Networks, manipulators and coalitions*. Oxford, Blackwell, 1976.

BUCHABQUI, J. A.; CAPP, E.; PETUCO, D. R. S. Convivendo com Agentes de Transformação: a interdisciplinaridade no Processo de Ensino/ Aprendizado em Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v.30, nº 1, jan/abr. 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. Reforma da reforma: repensando a saúde. Hucitec, São Paulo, 1992.

CARVALHO, G.C. M. *Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde- 1998-2001*. São Paulo, 2002. 312 p. Dissertação (Doutorado)- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

DESLANDES, S. F. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.S.J.R; CARDOSO, S.H.C. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Interface, v. 11, n. 23: 439-47, 2007

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. . C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005 . Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 29 Jan. 2008.

FONSECA, C. Família, fofoca e honra: etnografia das relações de gênero e violência em grupos populares. 2ª ed. Porto Alegre. Editora da UFGS, 2004.

FONTES, B. Redes de Vigilância Sanitária. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. 2ª ed. Recife. Editora Universitária da UFPE, 2008. p. 84-99.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (05): 1328-1333, set-out, 2004.

FREEDHEIM, Sara Beth. Por que os Sinos Dobram no Ceará: o sucesso de um programa de agentes de saúde comunitários no Ceará, Brasil. Tese apresentada no Departamento of Urban Studies and Planning do Massachusetts Institute of Technology – M.I.T, para obtenção de título em Mestre em Planejamento Urbano. Junho, 1993.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Paz e Terra, São Paulo, 1996.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 2005.

GERTZ, Clifford. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

GOTTARDI, R. L. B.; SILVA. A. L. Ações educativas: o agente comunitário do Programa de Saúde da Família do município de Francisco Morato, em São Paulo. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.30, n 73/74, p. 275-286, maio/dez. 2006.

GOULART, F. A. de A. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? 2002. 387p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

KNAUTH, D. Agentes Comunitários de Saúde: Um estudo de caso em uma vila de Classes Populares em Porto Alegre. In: LEAL, O. F. (org.). Cadernos de Antropologia, Porto Alegre, v. 5, 1992.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A.M. M. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, v.2, nº 5, abr/jun, 2006.

LEVY F. M.; MATOS P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Cad Saúde Pública 2004.

LIMA, J. C.; MOURA, M. C. Trabalho atípico e Capital Social: Os Agentes de Saúde na Paraíba. *Sociedade e Estado*, V. 20, n. 1, 103-133, 2005.

MARQUES. C.M. S.; PADILHA, E. M. Contexto e perspectiva da formação do Agente Comunitário de Saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v.2, n. 2, p. 345-352, 2004.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. Revista. Escola de Enfermagem da USP, v. 41, n.3: 426-33, 2007.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas. 2ª ed. Recife. Editora Universitária da UFPE, 2008

MENDONÇA, M. Profissionalização e regulação da atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da Reforma Sanitária. Trabalho, Educação e Saúde, v. 2 n. 2, p. 353-365, 2004.

MENEGOLLA, V.L.; POLLETO, D.S.; KRAHL, M.O Agente Comunitário de Saúde no desenvolvimento de seu trabalho. Boletim da Saúde, Porto Alegre, volume 17, nº 2, jul./dez. 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde Debate*, v. 27, n. 65, 316-323, 2003.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MISOCZKY, M. C. A. O campo da atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa da produção social. 186p. Dacasa Editora PDG Saúde. Porto Alegre. 2002

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. Agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad. Saúde Pública* , Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, Jun 2008 .

NOGUEIRA R.P. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*; v. 6 n. 10, p. 91-93, 2002.

NOGUEIRA, R.P. SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis* - o agente comunitário de saúde. IPEA. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em:<[www.unb.br/ceam/nesp/polrhs](http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs) > Acesso em: 09 jul. 2000.

NUNES, E. D.. A medicina social no Brasil: Um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1989.

NUNES, M. O. ; TRAD, L. B. ; ALMEIDA, B. A. ; HOMEM, C.R. ; MELO, M. C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública* , Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, P. 1639-1646, nov-dez. 2002.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genova: Biblioteca da OMS, 2001. 173p.

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA - Ano VIII, n. 15 (jul/set.2007).  
Brasília: Ministério da Saúde – 2007

ROCHA, L. Por que regulamentar a profissão de agentes comunitários de saúde?  
Brasília: INESC, 1998.

SOUSA SANTOS, B. A crítica da razão indolente. Contra o desperdício da  
experiência. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. Agente Comunitário de Saúde. Editora Fiocruz,  
Rio de Janeiro, 2002.

SOARES, L. T. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. São  
Paulo: Cortez, 2000.

TENDLER, J. Bom Governo nos Tópicos – uma visão crítica Rio de Janeiro:  
Revan, Brasília, DF: ENAP, 1988. 288p.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”.  
Interface – Comunic, Saúde, Educ 2002; 6 (10):84-87.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o  
Programa de Saúde da Família. Physis, Revista de saúde Coletiva, Rio de  
Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, v. 8, n.2, 1998.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; AGRA HASSEN, M. N. Pesquisa qualitativa em  
saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WERNER D. ; BOWER, B. Aprendendo e Ensinando a Cuidar da Saúde. Editora  
Paulus, São Paulo. 5ª edição, 1984.

## ANEXO A

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Instituto de Psicologia**

**Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional – Mestrado**

**Projeto:** Repercussões da inclusão da saúde mental no Programa Saúde da Família (PSF): Estudo comparativo em serviços da Atenção Básica do Rio Grande do Norte e do Rio Grande do Sul. Pesquisadores responsáveis: professoras Rosane Neves da Silva e Simone Mainieri Paulon.

O objetivo desta pesquisa é realizar um diagnóstico do atendimento e referenciamento em saúde mental de duas unidades de PSF, sendo uma unidade no Rio Grande do Sul e outra unidade no Rio Grande do Norte. A partir deste diagnóstico, será proposta uma capacitação em saúde mental para os trabalhadores das equipes pesquisadas.

Os sujeitos desta pesquisa são os trabalhadores das equipes de PSF. Constam nos procedimentos desta pesquisa: entrevistas individuais que serão gravadas, transcritas e guardadas sob responsabilidade dos pesquisadores e destruídas após 5 anos da realização da pesquisa (salienta-se que a identidade dos entrevistados será mantida em sigilo); dois grupos focais, de uma hora de duração cada um, em horário a ser agendado de modo a não prejudicar o trabalho da unidade; curso de capacitação em saúde mental com uma carga horária total de 24 horas, agendado conforme a possibilidade do grupo.

Ressaltamos que você, enquanto participante desta pesquisa, não precisará responder qualquer pergunta se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar.

As informações obtidas serão divulgadas de forma a não identificar pessoalmente os integrantes (terão caráter sigiloso) e somente serão comunicados dados gerais da pesquisa, sempre em artigos científicos e em relatórios para as agências de fomento.

A qualquer momento você poderá retirar o seu consentimento desta pesquisa sem que isto implique em qualquer tipo de prejuízo.

Você não terá custo para participar da pesquisa, nem receberá por isso.

Outros esclarecimentos que se fizerem necessários poderão ser obtidos junto aos pesquisadores responsáveis, professoras Rosane Neves da Silva (51) 3308-5465 fone pessoal, de segundas-feiras às sextas-feiras das 14:00 horas às 18:00 horas e Simone Mainieri Paulon (51) 3308-5458 fone pessoal, de segundas-feiras às sextas-feiras das 14:00 horas às 18:00 horas, e entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, com a coordenadora Elen Maria Borba, fone 32892784 ou 91441379.

**Assinatura do participante:** .....

**Assinatura do pesquisador:** .....

**Local e Data:** ....., ...../...../.....



## ANEXO B

---

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Instituto de Psicologia**  
**Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional – Mestrado**

Projeto: Repercussões da inclusão da saúde mental no Programa Saúde da Família (PSF): Estudo comparativo em serviços da Atenção Básica do Rio Grande do Norte e do Rio Grande do Sul.

---

**TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO**

Este projeto pretende fazer um diagnóstico do atendimento e encaminhamento em saúde mental de duas unidades de PSF e propor, a partir deste diagnóstico, uma capacitação em saúde mental para as equipes pesquisadas.

Eu \_\_\_\_\_,  
Coordenador da Unidade Básica de Saúde \_\_\_\_\_ onde  
será realizada a pesquisa, fui informado dos objetivos e procedimentos da mesma. Estou ciente que os pesquisadores responsáveis preservarão o caráter sigiloso das informações prestadas e que somente serão comunicados os dados gerais da pesquisa. Fui informado também que outros esclarecimentos que se fizerem necessários poderão ser obtidos junto às professoras Rosane Neves da Silva (51) 3308- 5465 e Simone Mainieri Paulon (51) 3308 5458, responsáveis pelo referido projeto.

Porto Alegre, de \_\_\_\_\_ 2007.

---

Coordenador

---

Pesquisador

## ANEXO C

## LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006

**Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.**

Faço saber que o PRESIDENTE DA REPÚBLICA adotou a Medida Provisória nº 297, de 2006, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Renan Calheiros, Presidente da Mesa do Congresso Nacional, para os efeitos do disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art. 12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:

**Art. 1º** As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passam a reger-se pelo disposto nesta Lei.

**Art. 2º** O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.

**Art. 3º** O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

**Art. 4º** O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

**Art. 5o** O Ministério da Saúde disciplinará as atividades de prevenção de doenças, de promoção da saúde, de controle e de vigilância a que se referem os arts. 3o e 4o e estabelecerá os parâmetros dos cursos previstos nos incisos II do art. 6o e I do art. 7o, observadas as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

**Art. 6o** O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo

seletivo público;

II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e

III - haver concluído o ensino fundamental. § 1o Não se aplica a exigência a que se refere o inciso III aos que, na data de publicação desta Lei, estejam exercendo atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde. § 2o Compete ao ente federativo responsável pela execução dos programas a definição da área geográfica a que se refere o inciso I, observados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

**Art. 7o** O Agente de Combate às Endemias deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

I - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e

II - haver concluído o ensino fundamental.

Parágrafo único. Não se aplica a exigência a que se refere o inciso II aos que, na data de publicação desta Lei, estejam exercendo atividades próprias de Agente de Combate às Endemias.

**Art. 8o** Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, na forma do disposto no § 4o do art. 198 da Constituição, submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa.

**Art. 9o** A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias

deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos ou entes da administração direta dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios certificar, em cada caso, a existência de anterior processo de seleção pública, para efeito da dispensa referida no parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, considerando-se como tal aquele que tenha sido realizado com observância dos princípios referidos no caput.

**Art. 10.** A administração pública somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde ou do Agente de Combate às Endemias, de acordo com o regime jurídico de trabalho adotado, na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho -CLT;

II - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;

III - necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da Lei no

9.801, de 14 de junho de 1999; ou

IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio

conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas. Parágrafo único. No caso do Agente Comunitário de Saúde, o contrato também poderá ser rescindido unilateralmente na hipótese de não-atendimento ao disposto no inciso I do art. 6o, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

**Art. 11.** Fica criado, no Quadro de Pessoal da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, Quadro Suplementar de Combate às Endemias, destinado a promover, no âmbito do SUS, ações complementares de vigilância epidemiológica e combate a endemias, nos termos do inciso VI e parágrafo único do art. 16 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Parágrafo único. Ao Quadro Suplementar de que trata o caput aplica-se, no que couber, além do disposto nesta Lei, o disposto na Lei no 9.962, de 22 de fevereiro de 2000, cumprindo-se jornada de trabalho de quarenta horas semanais.

**Art. 12.** Aos profissionais não-ocupantes de cargo efetivo em órgão ou entidade da administração

pública federal que, em 14 de fevereiro de 2006, a qualquer título, se achavam no desempenho de

atividades de combate a endemias no âmbito da FUNASA é assegurada a dispensa de se submeterem ao processo seletivo público a que se refere o § 4o do art. 198 da Constituição, desde que tenham sido contratados a partir de anterior processo de seleção pública efetuado pela FUNASA, ou por outra instituição, sob a efetiva supervisão da FUNASA e mediante a observância dos princípios a que se refere o caput do art. 9o. § 1o Ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e do Controle e da Transparência instituirá comissão com a finalidade de atestar a regularidade do processo seletivo para fins da dispensa prevista no caput. § 2o A comissão será integrada por três representantes da Secretaria Federal de Controle Interno da Controladoria-Geral da União, um dos quais a presidirá, pelo Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde e pelo Chefe da Auditoria Interna da FUNASA.

**Art. 13.** Os Agentes de Combate às Endemias integrantes do Quadro Suplementar a que se refere o art. 11 poderão ser colocados à disposição dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, no âmbito do SUS, mediante convênio, ou para gestão associada de serviços públicos, mediante contrato de consórcio público, nos termos da Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, mantida a vinculação à FUNASA e sem prejuízo dos respectivos direitos e vantagens.

**Art. 14.** O gestor local do SUS responsável pela contratação dos profissionais de que trata esta Lei disporá sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as especificidades locais.

**Art. 15.** Ficam criados cinco mil, trezentos e sessenta e cinco empregos públicos de Agente de Combate às Endemias, no âmbito do Quadro Suplementar referido no art. 11, com retribuição mensal estabelecida na forma do Anexo desta Lei, cuja despesa não excederá o valor atualmente despendido pela FUNASA com a contratação desses profissionais. § 1o A FUNASA, em até trinta dias, promoverá o enquadramento do pessoal

de que trata o art. 12 na tabela salarial constante do Anexo desta Lei, em classes e níveis com salários iguais aos pagos atualmente, sem aumento de despesa. § 2º Aplica-se aos ocupantes dos empregos referidos no caput a indenização de campo de que trata o art. 16 da Lei no 8.216, de 13 de agosto de 1991. § 3º Caberá à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão disciplinar o desenvolvimento dos ocupantes dos empregos públicos referidos no caput na tabela salarial constante do Anexo desta Lei.

**Art. 16.** Fica vedada a contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, na forma da lei aplicável.

**Art. 17.** Os profissionais que, na data de publicação desta Lei, exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, vinculados diretamente aos gestores locais do SUS ou a entidades de administração indireta, não investidos em cargo ou emprego público, e não alcançados pelo disposto no parágrafo único do art. 9º, poderão permanecer no exercício destas atividades, até que seja concluída a realização de processo seletivo público pelo ente federativo, com vistas ao cumprimento do disposto nesta Lei.

**Art. 18.** Os empregos públicos criados no âmbito da FUNASA, conforme disposto no art. 15 e preenchidos nos termos desta Lei, serão extintos, quando vagos.

**Art. 19.** As despesas decorrentes da criação dos empregos públicos a que se refere o art. 15 correrão à conta das dotações destinadas à FUNASA, consignadas no Orçamento Geral da União.

**Art. 20.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 21.** Fica revogada a Lei no 10.507, de 10 de julho de 2002.

Brasília, 9 de junho de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

**LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

José Agenor Álvares da Silva

Paulo Bernardo Silva

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 6.10.2006.