

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

**PROFISSIONAL AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE ÀS MUDANÇAS
NA PNAB 2017**

Raquel de Menezes Rodrigues

Porto Alegre, 2022

Raquel de Menezes Rodrigues

**PROFISSIONAL AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE ÀS MUDANÇAS
NA PNAB 2017**

Trabalho de conclusão de curso de Bacharelado em Saúde Coletiva apresentado para Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Dário Frederico Pasche

Porto Alegre, 2022

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à todas as pessoas que participaram dessa trajetória que foi a minha formação acadêmica, não seria possível a realização desse sonho sem o apoio que obtive dos amigos, colegas, chefia, família e professores.

Sou grata pela existência de todos vocês, Obrigada.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	3
RESUMO	5
INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	14
3. METODOLOGIA	16
4. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – UM PROFISSIONAL NA CORDA BAMBA?	18
REFLEXÕES SOBRE A VALORIZAÇÃO DO ACS - ARTICULANDO ACHADOS DA LITERATURA COM A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	27
REFERÊNCIAS	28

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica
ACE - Agente de Combate à Endemias
ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária em Saúde
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
EAB - Equipe da Atenção Básica
eABP - Equipe de Atenção Básica Prisional
EC - Emenda constitucional
ECR - Equipe de Consultório na Rua
EPI - Equipamento de Proteção Individual
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESFR - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
ESF - Estratégia de Saúde da Família
LRPD - Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG's - Organizações Não-governamentais
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS - Programa de Agentes de Saúde
PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM - Programa Mais Médicos
PNACS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNH - Política Nacional de Humanização
PEC - Proposta de Emenda à Constituição
PSE - Programa Saúde na Escola
PSF - Programa Saúde da Família
SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde Fluvial

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UOM - Unidade Odontológica Móvel

RESUMO

Este trabalho tem como tema a valorização do profissional Agente Comunitário de Saúde e a sua importância na consolidação de políticas públicas de saúde para comunidades, sobretudo aquelas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, estudado a partir de uma perspectiva profissional e com base na literatura sobre o assunto. Com o objetivo de fortalecer os laços entre a profissionais, gestores e usuários do sistema único de saúde (SUS), o trabalho apontou para a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na construção de políticas públicas de saúde e na garantia de atenção à saúde de modo digno e equânime aos cidadãos brasileiros ou estrangeiros, conforme disposto na lei 8080/90, questão que decorre, em grande medida, da valorização do trabalho desses profissionais. As estratégias utilizadas para a confecção deste trabalho foram pesquisas bibliográficas em repositórios, como o Scielo e Google Acadêmico, identificação e análise de documentos do Ministério da Saúde, bem como o testemunho da autora, que por meio de narrativa pessoal emprestou ao trabalho em uma perspectiva profissional ao tema estudado. Os principais achados da pesquisa revelam uma situação paradoxal que envolve, de um lado, a valorização do ACS, elemento presente em portarias, documentos e textos acadêmicos e, de outro lado, na experiência real e de parte da literatura estudada, um processo de desvalorização, que pode ser percebido tanto nas condições concretas e objetivas de trabalho, que retratam a precarização do trabalho do ACS, como do ponto de vista do cotidiano do trabalho, retratado na ausência desses profissionais na gestão dos processos de trabalho, que toma feições da fragmentação, e a inscrição no trabalho por tarefas consideradas pelas equipes e gestores como importantes, mas de pouca incidência na dinâmica organizativa do trabalho, onde ainda prevalece a lógica acadêmico-científica clássica.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Valorização do trabalho e do trabalhador; Atenção Básica de Saúde; SUS.

INTRODUÇÃO

A motivação para escrita desse trabalho decorreu da minha trajetória profissional como Agente Comunitária de Saúde (ACS) no município de Guaíba/RS, onde atuo desde agosto de 2013. É um imenso desafio desenvolver as atividades que são delegadas a esse profissional, por vezes tão desvalorizado e pouco percebido pelos gestores. Nesse trabalho procuro sensibilizar o leitor para as causas comuns de insatisfações trazidas pelo exercício profissional, mas também ressaltar a importância da atuação do ACS nos municípios e a necessidade de se valorizar esse profissional.

A participação do ACS, segundo os documentos consultados e a minha própria experiência, é muito importante no processo de implementação de políticas públicas, sobretudo aquelas que tem por objetivo assistir comunidades, como é o caso da Política Nacional de Atenção Básica, implementada pelas Equipes de Saúde da Família. Produzir saúde com as comunidades, sobretudo aquelas que se encontram em maior risco e vulnerabilidade social, logo, também, como vulnerabilização de sua saúde, tem sido um enorme desafio e a presença do ACS é condição para ampliar o alcance de resultados. (Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS).

As primeiras experiências de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), iniciaram nas décadas de 1970 e 1980, de modo informal e com poucos recursos, e ocorreram inicialmente por iniciativas de entidades religiosas e ONGs (EpHealth, 2021).

Esses profissionais eram conhecidos na comunidade como visitantes sanitários ou inspetores de saneamento e mesmo como agentes de saúde. Nesse período o Brasil vivia a ditadura militar, e algumas entidades religiosas enfrentavam resistência a esse sistema político e apoiavam as lutas populares contra o regime autoritário. Diante da ausência de direitos, de democracia foi de extrema importância a existência desses agentes sociais, moradores da comunidade que promovia a articulação entre as famílias, pessoas e as ações de saúde desenvolvidas em serviços de saúde que ainda não se organizam de forma extensiva nos territórios (EpHealth, 2021).

Em 1987, em alguns estados da região Nordeste, especificamente no Ceará, foi implantado oficialmente o Agente Comunitário de Saúde, que era em sua maioria mulheres de baixa renda e com pouco estudo. O Programa de Agentes de Saúde (PAS) do Ceará contratou 6.113 trabalhadores que passaram a trabalhar em 118 municípios (EpHealth, 2021).

Inicialmente esses trabalhadores atendiam famílias vítimas da seca que assolava aquele estado. Após a emergência de a seca passar, em 1988, o PACS se consolida como ação

estruturada, coordenado pela mesma equipe que atuou na situação de emergência anterior, e grande parte dos trabalhadores que já atuavam foram aproveitados para esta nova fase do Programa. Isso se deu devido à facilidade de comunicação com a comunidade local e o forte vínculo comunitário, influenciando nos serviços de saúde do Ceará. Até esse momento o trabalho do ACS ainda não era reconhecido pelo Ministério da Saúde, embora existissem experiências assemelhadas país afora (LAVOR, 2013).

No mesmo ano, em 1988, dá-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) inscrito na Constituição Federal Brasileira promulgada naquele ano e, logo mais, explicitado na forma de uma lei ordinária, a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a organização do SUS o território nacional.

Somente em 1991 o Ministério da Saúde (MS) institucionaliza essa ação, que passa a ser chamada de Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), inspirado nas experiências realizadas na região nordeste do País. As experiências de profissionais que atuavam em serviços de base comunitária, principalmente na área de cuidados materno e infantil, somadas a experiências de atenção primária desenvolvidas em vários municípios brasileiros, deram origem ao Programa Saúde da Família (PSF), que passou a atuar de maneira diferenciada, focando sua ação não somente em agravos e doenças, mas, sobretudo buscando agir sobre seus fatores causais, no ambiente do indivíduo e em suas condições de vida.

As equipes do PSF formadas por médico, enfermeiro, técnicos, auxiliares de enfermagem e ACS, trabalhavam de maneira a criar estratégias de atendimento humanizado para cada pessoa e comunidade. O Agente Comunitário de Saúde passa a ser o profissional responsável pelo cadastramento das famílias no território e pela realização da interlocução entre comunidade, unidade de saúde e equipe (QUEIROS, 2020).

Em 2006 o PSF é reformulado e substituído pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa transformação dá-se pela criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que toma o modelo da saúde da família como o principal dispositivo de sua implementação. A ESF visa a promoção e educação em saúde, tornando o indivíduo um ator de sua própria condição de saúde, acionando processos de corresponsabilização, incentivando o autocuidado e a prevenção de doenças e agravos, deslocando o cuidado médico, sobretudo orientado pelo modelo biomédico, do centro das ofertas. Assim, estão estabelecidas as diretrizes para se pensar e se fazer uma nova atenção básica, que passa a se sustentar em uma tríade de articulação três grandes estratégias de ação: a clínica ampliada e programada, o acolhimento (de demanda espontânea) e a realização de ações de vigilância em saúde, ações

de saúde coletiva sobretudo envolvendo as comunidades em processos de ativação da participação social e cidadã em saúde.

Esse conjunto de ações passa a ser de responsabilidade de uma equipe multidisciplinar mínima composta por médico (de preferência com especialização em saúde da família), enfermeiro, agente comunitário de saúde, dentista, técnico em enfermagem, que passam a atuar nos territórios (microáreas) com enfoque na promoção, educação e vigilância em saúde.

Até os dias de hoje o programa ainda recebe a nomenclatura de Estratégia de Saúde da Família, porém desde a sua criação em 2006 ocorreram alterações, notadamente pela nova versão da PNAB, em 2017, que retira a centralidade da ESF como a estratégia de implementação da política de atenção básica, passando a contar também com equipes de atenção básica, regressando ao modelo de organização do cuidado hegemônico antes da criação do SUS, que tem preferência pelo atendimento de demanda espontânea (oferta assistencial) e baixa interação comunitária, que não é mais seu foco.

A primeira edição da PNAB data do ano de 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, que tomou um conceito ampliado de Atenção Básica ao incorporar os atributos de Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2000), que implica em reconhecer o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, como orientações essenciais, que ao lado da competência cultural, orientação familiar e comunitária, conferem a APS uma posição fundamental e estratégica na organização da rede de cuidados e na orientação do cuidado.

Nos anos 2000 a ESF ganhou forte expansão pelos territórios brasileiros, principalmente em comunidades vulneráveis das pequenas e grandes cidades. Ocorre também, nesse mesmo período, a ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF assumem um papel de grande relevância no fortalecimento da ESF, pois além de ampliar a oferta de profissionais que atuam desde campo de competência que imprimem maior resolutividade às equipes, assumem papel de destaque na qualificação das equipes e na articulação do cuidado em rede, ampliando e qualificando os processos de produção de saúde entre equipes que se localizam em diferentes pontos do território.

Contudo, mesmo com esses incrementos a política de atenção básica padecia e se colocava desafiada em ampliar a efetividade das ações e a implementação de um modelo inovador de produção de saúde. O subfinanciamento crônico do SUS, o modelo assistencial médico centrado, a desarticulação das redes de cuidado e a dificuldade de atrair profissionais médicos para atuar nas ESF, foram, entre outros obstáculos que permanecem como desafios a

serem superados (MELO et. al., 2018).

Em 2011, houve a primeira mudança na PNAB, a criação do requalifica UBS, que promoveu fortes mudanças nas estruturas dos serviços, a partir da oferta de recursos para reformas, ampliações, construções e informatização das UBS, também a implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que visou a melhoria da qualidade dos atendimentos nas unidades de saúde, alimentação dos sistemas de informação e mudanças nas estruturas físicas das mesmas, juntamente a implementação do Programa Mais Médicos (PMM), que garantiu as comunidades vulneráveis o atendimento médico antes precário devido à ausência de profissionais.

Nesse mesmo período ocorre a criação do e-SUSAB, que incluiu a oferta de prontuário eletrônico para os municípios. A criação de diferentes modalidades de equipes, consultórios na rua, ribeirinhas, fluviais, entre outras, foram marcas importantes dessa nova política em saúde, porém os custos exigiram do governo federal um maior investimento de recursos que no PMM (no seu componente de provimento), possibilitou a permanência dos médicos nas equipes de ESF's, garantindo atendimento nas áreas carentes, mas os custos para os municípios ainda eram altos se comparados com os recursos advindos dos governos federal e estadual, o que gerou uma nova discussão sobre o financiamento desses programas e políticas, causando o risco da impermanência dos mesmos.

Nos anos de 2014 e 2015 houve a aprovação do piso salarial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE), e a obrigatoriedade de contratação desses profissionais por vínculo direto com o município e não mais permitindo a terceirização desses serviços. Contudo, ainda se mantinha uma equipe mínima de ACS nas ESF's, conforme a quantidade de equipes em uma mesma unidade, cada ACS por sua vez poderia atender até 750 pessoas em sua microárea, o que dependendo da quantidade de pessoas residentes naquele território de abrangência da ESF tinha como equipe mínima pelo menos 4 ACS por estratégia de saúde da família. Em 2016 houve uma tentativa através de uma portaria que não perdurou por muito tempo, a redução da quantidade de ACS por ESF'S e o aumento da quantidade de técnicos em enfermagem. Além disso, em 2016 houve a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, congelando por vinte anos os gastos com saúde e educação, prevendo reajustes do orçamento público apenas com base na inflação. Durante esse período o Ministro da Saúde fez uso do discurso de eficiência econômica, defendeu a criação de planos populares de saúde e a desregulação do setor de saúde suplementar, e é nesse cenário foi pactuada a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS a nova PNAB 2017, em que pese protestos de entidades e do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2017).

Diante de tantas mudanças advindas ao longo dos anos, no que tange ao Agente Comunitário de Saúde, anteriormente havia determinado pelas várias versões da PNAB, um número mínimo desses profissionais por ESF; atualmente não há essa determinação, porém os outros profissionais que compõe as equipes no geral permanecem e suas atribuições se

mantém, o que difere do ACS. Conforme descrição abaixo, baseada na Portaria de Consolidação de 28 de setembro de 2017.

3.4- Tipos de Equipes:

1.- Equipe de Saúde da Família (eSF): (...) composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). (...) O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

2.- Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. (...) As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado. A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB). Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem. (BRASIL, 2017, p. 135)

“O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.”

Porém não especificamente definido na PNAB 2017 um número mínimo de ACS por ESF o que permite ao gestor definir, portanto, quantos desses profissionais irão atuar nessas

unidades, uma vez que fica subentendido que o número mínimo é de 1 ACS/por ESF. Nesse sentido, já é possível observar um primeiro elemento da desvalorização do trabalho desse profissional. Além disso, para os ACS que possuem formação como técnicos em enfermagem poderão em caráter excepcional e com a supervisão de um profissional de saúde de nível superior:

I - Aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - Realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - Realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobrem a ferida; e

V - Orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade. Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.”(BRASIL, 2017, p. 137)

Considerando essas reflexões iniciais, a pesquisa foi orientada pelas seguintes questões: Por que o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, até recentemente destacado por seu papel estratégico junto as ESF, passa a ser preterido, reduzido na composição das ESF? Qual a importância do ACS na implementação de políticas públicas que tem por missão a produção de equidade em saúde?

Buscaremos construir algumas respostas para essas questões, na perspectiva de contribuir para o debate da valorização do trabalho em do trabalhador da saúde, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010).

2. OBJETIVOS

Objetivos:

- ✓ Compreender as razões para a desvalorização do ACS no marco da redução de sua presença nas ESF, conforme a legislação em vigor;
- ✓ Sensibilizar o leitor e os gestores para a importância do Agente Comunitário de Saúde, considerando que o seu conhecimento e atuação junto a populações que se encontram em situação de vulnerabilidade;

- ✓ Contribuir para a sensibilização de leitores e os gestores de saúde sobre a importância de se valorizar os ACS.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo que utilizou a combinação de duas estratégias e fontes de pesquisa: (i) a literatura acadêmica convencional, foi acessada em repositórios de domínio público, e (ii) relato-testemunho da autora desde sua experiência como agente comunitária de saúde. Através dessa intersecção de fontes se buscou compreender os efeitos promovidos pela redução do ACS na PNAB e, portanto, modificações em sua presença e inserção nas ESF. Essa sensível modificação na composição das equipes da ESF foi tomada como elemento analisador de um processo de desvalorização do trabalho do ACS.

A utilização de recursos de narrativa, como testemunhos e registros pessoais-profissionais, não pressupõe o estabelecimento de critérios explícitos para a sistematização e a utilização de elementos que são de origem mnêmica. Assim, a escrita foi sendo estimulada pelas questões orientadoras da pesquisa, que foram inicialmente perseguidas pela identificação e sistematização de informações em literatura convencional sobre o tema. Esse material, conforme foi ganhando espaço na escrita, foi cotejado por elementos advindos da emergência de fragmentos da memória, que se tornaram incidentes, logo possíveis de ganhar registro por uma escrita que podemos chamar de sensível, pois mobilizada pelos afetos de se lembrar experiências, agora provocadas e cruzadas pelo estudo do tema.

O material bibliográfico foi identificado, inicialmente no Google Acadêmico, com pesquisa no período 2018 a 2022, a partir da palavra-chave principal “Agente Comunitário de Saúde”, que foi associada aos termos “valorização profissional”, “condições de trabalho” e “precarização do trabalho”.

A pesquisa tomou por referência a presença desses termos nos títulos, a partir do que se procedeu leitura do resumo. Quando se identificava que o artigo dialogava com as questões centrais da pesquisa, o mesmo foi lido e extraído em fichas de leitura principais ideias e reflexões.

Com a pesquisa bibliográfica não teve qualquer perspectiva de se constituir um estudo exploratório, a partir do qual seria possível a sistematização mais rigorosa da problemática, a exemplo do se realiza em revisões sistemáticas ou em revisões integrativas (UNESP, 2015).

Como tomamos por referência minha própria experiência e trajetória profissional, a identificação, acesso e leitura das referências bibliográficas, ganhou o status de “chave de portal”. Explico: minha experiência indicava que o ACS vinha em um processo de

desvalorização, sobretudo no período após 2018 em diante, quando a nova PNAB (2017) vai ser efetivamente operacionalizada por um conjunto de regramentos, que tem como instrumento regulador mais significativo o Programa Previne Brasil. Carregava comigo um mal-estar, um incômodo, que foi se sedimentando como uma espécie de ressentimento. Em outras palavras: me encontrava em um processo de adoecimento pelo trabalho. Essa implicação e mal-estar por vezes atuou como elemento de obnubilação, como obstáculo de percepção, como se eu estivesse envolta a uma névoa, que me dificultava compreender que esse mal-estar, muito vivo em mim, não era por uma questão apenas pessoal, embora operasse em mim, mas decorria de um movimento político-institucional de profunda modificação na política de saúde, no SUS e na Atenção Básica.

Diante dessa dificuldade, fui compreendendo nas orientações, que era necessário eu construir estratégias de navegação em meio ao nevoeiro, para que eu pudesse sair de um lugar de paralisia, onde por vezes me encontrei, e construir rotas que permitissem navegar e ir encontrando terreno menos opaco. A leitura dos artigos que li tiveram essa direção: abrir caminhos como chave de um portal. Esse abrir caminhos, hoje constato, foi o próprio acesso a minhas memórias, acionadas pelo ofício de escrever, que ganhava direção de acordo com que eu encontrava na literatura, no diálogo com outras experiências, com outras reflexões teóricas que tomam por tema o trabalho do ACS não apenas a partir do seu fazer, mas de suas condições materiais e concretas, sem deixar de lado aspectos de ordem não material, expressão de valorização que tangenciam o simbólico e as significações. Reconhecimento que se efetiva no campo do sensível, onde muitas vezes a presença de palavras e coisas é prescindível.

Através das leituras pude entender os processos que levaram ao desmonte da Estratégia de Saúde da Família e como os Agentes Comunitários de Saúde foram perdendo seu protagonismo profissional. Desse modo consegui fundamentar minha visão sobre o profissional e a importância que ele possui em sua área de atuação.

4. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – um profissional na corda bamba?

Em 2017, as formas e mecanismos de alocação dos recursos federais para a atenção básica nos municípios, se tornou centro das discussões. Esses questionamentos aconteceram devido a publicação da nova versão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que gerou questionamentos também sobre a participação do Ministério da Saúde na manutenção das equipes e serviços e o reconhecimento da força de trabalho e equipes não cofinanciadas pela União. Em 2019 foi pactuado, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), um modelo novo de cofinanciamento federal para atenção básica dos municípios, chamado de “Programa Previne Brasil”.

O novo modelo de financiamento altera as formas de repasse dos recursos de Atenção Básica para os municípios, que passam a ser dividida em quatro critérios:

- 1) **Captação ponderada:** o repasse financeiro aos municípios que leva em conta o número de pessoas cadastradas, que deve ser realizado pelas Equipes de Saúde da Família e outros tipos de equipes. O cadastro estima o quantitativo da população que poderá fazer uso dos serviços prestados pelas equipes, oferecendo subsídios ao planejamento na oferta de serviços e o acompanhamento dos indivíduos, famílias e comunidades. A captação ponderada altera o preceito constitucional de acesso universal para cobertura universal, e retira o acesso dos municípios a fontes regular e sistemática de recursos, feita até então através do Piso de Atenção Básica, o PAB,
- 2) **Pagamento por desempenho:** nesse componente, a definição do valor a ser transferido depende do alcance de resultados considerando indicadores, que passam a ser monitorados e avaliados pelo Ministério da Saúde e que repercutirão no acesso aos recursos.

Inicialmente o MS definiu sete indicadores, a saber:

- ✓ Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação;
- ✓ Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- ✓ Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- ✓ Indicador 4: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;

✓ Indicador 5: Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por Haemophilus Influenza tipo b e Poliomielite Inativada;

✓ Indicador 6: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;

✓ Indicador 7: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

3) Incentivo financeiro com base em critério populacional: esse componente financeiro tem por bases critério populacionais, que geram diferenciais no financiamento pela aplicação de “fatores de correção”, representados por “pesos”, que são adicionados ao financiamento em conformidade com a realidade de cada município. O valor do incentivo per capita é definido pelo Ministério da Saúde anualmente e publicado em portaria. O aporte estabelecido por município e Distrito Federal leva em conta estimativa populacional mais recente divulgada pelo IBGE.

4) Incentivos para ações estratégicas: Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações, cuja oferta reflete na melhoria do acesso e do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde:

- Programa Saúde na Hora;
- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- Microscopista;
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);

- Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade;
- Programa Saúde na Escola (PSE);
- Programa Academia da Saúde;
- Programas de apoio à informatização da APS;
- Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

As transferências financeiras referentes a cada uma das ações estratégicas observarão as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento dos respectivos programas, estratégias e ações.

Essas modificações no financiamento da AB no Brasil têm produzido impactos organizativos e estruturais na base do sistema de saúde, alterando completamente a lógica da estratégia da saúde da família. Nessa direção convém apontarmos para alguns elementos chave dessas mudanças:

- Retirada da ESF como estratégia singular de orientação da AB;
- Deslocamento do conceito constitucional de acesso universal, por cobertura universal, ou seja, o MS da saúde se propõe a custear apenas parte da população, deixando uma parcela significativa fora do financiamento;
- Preferência pela realização de ações clínicas, alterando o modelo de atenção interprofissional e com foco na produção ampliada de saúde. Isso implica na ampliação do acesso pela demanda espontânea e a realização de ações de cunho assistencial;
- Excessiva normatização e regulação do trabalho das equipes, cujo sentido do trabalho se desloca do cuidado para o registro de procedimentos que por sua vez passa a exigir processos mais rigorosos de controle do trabalho, em um processo de ampliação do gerencialismo (foco nos meios que viram as finalidades do trabalho, a exemplo de indicadores que se descolam de linhas de cuidado, autonomizando-se),
- Por fim, decorrente do (i) giro da ESF para ações assistências e (ii) rompimento da lógica de atuação nos territórios, drástica redução no número de ACS financiados pelo MS, que agora passa a financiar apenas um ACS por equipe e não 6 ou 7 como no regramento anterior.

Dito isso, não é difícil de se imaginar que o ACS passa a lidar como uma nova realidade em seu contexto de trabalho, haja visto que as regras da AB no Brasil foram sensivelmente alteradas, deslocando o papel desses profissionais para outros focos, os quais vamos analisar de forma mais detida.

O Agente Comunitário de Saúde tem sido compreendido como importante ator de transformação da saúde nas comunidades, sendo apontado como imprescindível para que a atenção básica obtenha efetividade em suas ações. É o ACS o profissional que estabelece o vínculo e abre as portas da unidade de saúde para o cidadão. O ACS desempenha a sua atividade baseado nos princípios do SUS que são:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

A Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, regulamenta a profissão do Agente Comunitário de Saúde e dá suas providências. A Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, introduz mudanças nas atribuições e a obrigatoriedade de realizar o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde, financiado pelo Ministério da Saúde e implementado em parceria como CONASEMS e a UFRGS. Esse curso amplia a base de conhecimentos do ACS e, de alguma forma, desloca seu quefazer profissional, que passa a incorporar ações típicas dos trabalhadores da saúde, como a realização de procedimentos, até então realizados em condições de excepcionalidade. Avaliamos que essa formação técnica está em sintonia com a

PNAB 2017 e com o Programa Previne Brasil, que deslocam a ESF como estratégia de orientação da AB, retira o território como objeto de ação das equipes e inflaciona as UBS com ações assistenciais, que configura um retorno ao modelo de atenção da AB ao modelo hegemônico pré-SUS.

Segundo a lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006, o ACS tem por principais atribuições:

- Diagnóstico demográfico e sociocultural;
- Visitas domiciliares periódicas em sua área de atuação;
- Detalhamento das visitas domiciliares, afim de promover ações estratégicas para as populações atendidas;
- Mobilização da comunidade e estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para a área da saúde e socioeducacional;
- Visitas domiciliares de acompanhamento às gestantes em pré natal;
- Visitas domiciliares de puerpério;
- Acompanhamento de idosos, hipertensos, diabéticos e pessoas em sofrimento psíquico;
- Orientações sobre o uso de medicamentos prescritos;
- Aferição de PA, glicemia e medidas antropométricas;
- Vigilância em saúde (Parceria com os ACE em vistorias a residências),
- Participação em reuniões de equipe afim de discutir casos e planejar ações para a comunidade onde atua.

Tomando por referência a carta de Ottawa, um marco para a políticas e ações de promoção da saúde, o trabalho do ACS se fundamenta em uma perspectiva da promoção da qualidade de vida, na ativação da participação social em saúde e na produção ativa de autonomia dos sujeitos diante de saúde, tornando as diferenças uma fonte de equidade e promovendo a saúde de acordo com a necessidade de cada pessoa.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (Carta de Ottawa-Canadá, novembro de

1986).

Desse modo a escuta realizada pelo ACS é uma importante fonte de informações para a consolidação de políticas públicas para populações específicas ou com graus diferentes de vulnerabilidades, pois nenhum território é igual ao outro e nenhuma microárea é igual a outra, havendo muitas diferenças socioeconômicas e culturais dentro de um mesmo território, e essa atuação profissional é capaz de trazer essas realidades para dentro das unidades de saúde, possibilitando um melhor planejamento das ações.

Assim, a presença do ACS é estratégica para que se possa ampliar as perspectivas de produção de saúde nos territórios, considerando, sobretudo, o conceito ampliado de saúde, e o horizonte ético da produção de equidade.

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres. (Carta de Ottawa-Canadá, novembro de 1986)

O Agente Comunitário de saúde, posso dizer a partir de meu testemunho é o profissional que mais se aproxima da comunidade e que mais tem contato e experimenta as suas vulnerabilidades. Assim, é o profissional da equipe que forma fortes vínculos entre as famílias, usuários e serviço de saúde. E posso afirmar que essa não é uma tarefa fácil, pois diariamente ficamos expostos a riscos, tanto pelo contato com todos os tipos de doenças, como por diversas situações que ocorrem nos territórios, a exemplo violências de todas as ordens. Mas também, e isso não tem sido explorado de forma ampla na literatura, muito menos por gestores e equipes, o ACS é terrivelmente afetado pelas vidas precárias com que se relaciona, cujo contato cotidiano com situações dramáticas e complexas de vida e de saúde das famílias e mesmo, ousar dizer, esse viver íntimo dessas situações, perpassa o seu corpo, atravessa o meu corpo, amplificando as repercussões do trabalho sobre a saúde mental do ACS.

Lidar cotidianamente com essas situações que chamei de dramáticas, pois envolvem situações dilemáticas de ordem material concreta e subjetivas, e muitas vezes não encontrar respostas e alternativas para se lidar de forma efetiva com elas, trazem para o ACS um encargo profissional muito expressivo. Situações complexas que precisam ser geridas,

necessariamente, através articulação intersetorial e interprofissional, dada a interferências de uma multiplicidade de elementos e situações que os produzem, são mormente gerenciadas por meio da improvisação e articulação microgestionária, o que demanda grande esforços, pois é necessário criar compromissos, caminhos e fluxos que nunca estão de imediato disponíveis.

Situações de risco diversas, convivência íntima com vidas precárias e respostas fracas do sistema de saúde e de proteção social para encontrar alternativas de resolução perfazem, assim, o cotidiano do nosso trabalho, do meu trabalho como ACS e essa tem sido a minha experiência. Mas, claro, que isso não responde integralmente pelo meu trabalho, que traz muitas realizações e satisfações. Mas esse aspecto digamos positivo, muitas vezes apresentado em falas e texto como uma espécie de “visão romântica” das profissões da saúde e particularmente do ACS, não podem deixar de vir à tona os ônus e encargos da profissão, alguns deles inerentes à natureza de nosso trabalho, outros decorrentes das formas de sua organização e organização das políticas de proteção social.

E é nessa direção que na sequência vou abordar os desafios que estão colocados para os ACS, considerando tanto o que escrevi logo acima, como as mudanças estruturais na atenção básica.

No dia 05 de maio de 2022, ocorreu a promulgação da EC 120/22, que garante aos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias, o piso salarial de R\$ 2.424,00, insalubridade e aposentadoria especial, e também estabelece que os vencimentos desses profissionais serão repassados aos municípios pela União, além de prever outras vantagens como incentivos, auxílios, gratificações e indenizações a fim de valorizar o trabalho desses profissionais (BRASIL, 2022).

Além das dificuldades financeiras, que hoje é um dos maiores encontrados pelos ACS's, há também que se lidar cotidianamente com desafios, os quais destaco principalmente os que seguem:

- Dificuldade em realizar visitas em dias de temperaturas extremas frio/calor;
- Violência e tráfico de drogas;
- Falta de equipamentos adequados nas unidades de saúde para que se possa registrar as visitas realizadas (computadores, tablets, celulares);
- Falta de EPI's e de uniformes;
- Dificuldades de escuta entre gestores e ACS's;
- Dificuldades de locomoção (quando as áreas de atuação são distantes da ESF);

- Falta de profissionais em áreas vulneráveis, e demandam maior atenção;
- Dificuldades em encontrar pessoas em casa;
- Animais soltos (principalmente cachorros);
- Falta de infraestrutura na comunidade,
- Falta de um conselho que fiscalize e oriente a atuação profissional do ACS.

Conforme EC 120/22, os profissionais ACS's têm garantidos como direitos Piso Salarial de R\$ 2.424,00, que não pode ser inferior a dois salários-mínimos e incentivo de insalubridade no grau mínimo de 20%, podendo chegar ao grau máximo de 40% a cargo do gestor municipal. Além do piso, direito a Plano de Carreira conforme lei orgânica municipal, incentivos como gratificações, progressões e bonificações.

Cada Gestor municipal pode ofertar aos ACS'S e ACE'S gratificações conforme dispostos em Leis Orgânicas ou aprovações legais advindas do legislativo, entre outras:

- Compensações salariais;
- Insumos de trabalho (bicicletas, motos, tablets, computadores, celulares etc.);
- Incentivos anuais por produção;
- Educação Permanente;
- Participação em eventos para capacitação profissional,
- Plano de carreira.

Outro ganho importante para os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate à Endemias, foi a oferta de curso técnico destinado, denominado "SAÚDE COM AGENTE" em parceria com a Universidade Federal Do Estado do Rio Grande do Sul – UFRGS. O curso visa a formação técnica desses profissionais, afim de que esses tenham conhecimento adequado das leis e atribuições de suas funções e como também a compreensão da amplitude do desenvolvimento do seu trabalho na comunidade de atuação. O curso está ocorrendo de modo híbrido onde algumas atividades serão realizadas de modo EAD (*online*) e outras na modalidade presencial, dentro do território de atuação, conforme plano abaixo:

Figura 1: Cronograma do curso técnico em agente comunitário de saúde (ACS)

		CRONOGRAMA DO CURSO TÉCNICO EM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) 2022-2023		
Período regular da disciplina		Nome da disciplina	Código da disciplina	Último dia para finalizar as atividades
		Etapa Introdutória		
23 de agosto de 2022	até 29 de agosto de 2022	EaD – Fundamentos, AVA e Ferramentas	MED 05042	26 de setembro de 2022
23 de agosto de 2022	até 29 de agosto de 2022	Introdução à Informática Básica	MED 05043	26 de setembro de 2022
30 de agosto de 2022	até 05 de setembro de 2022	Linguagem e Comunicação	MED 05044	26 de setembro de 2022
30 de agosto de 2022	até 05 de setembro de 2022	Ética Profissional e Relações Interpessoais	MED 05045	26 de setembro de 2022
06 de setembro de 2022	até 19 de setembro de 2022	Política Nacional de Educação Permanente e Educação Popular em Saúde	MED05046	26 de setembro de 2022
		Etapa Formativa 1 - Módulo 1		
20 de setembro de 2022	até 26 de setembro de 2022	Políticas de Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil	MED05047	05 de dezembro de 2022
27 de setembro de 2022	até 10 de outubro de 2022	Fundamentos do Trabalho do Agente de Saúde	MED05048	05 de dezembro de 2022
27 de setembro de 2022	até 10 de outubro de 2022	Organização da Atenção à Saúde e Intersetorialidade	MED05049	05 de dezembro de 2022
11 de outubro de 2022	até 24 de outubro de 2022	Geoprocessamento em Saúde, cadastramento e	MED05050	05 de dezembro de 2022
25 de outubro de 2022	até 07 de novembro de 2022	Planejamento e organização do processo de trabalho	MED05051	05 de dezembro de 2022
		Etapa Formativa 1 - Módulo 2		
08 de novembro de 2022	até 21 de novembro de 2022	Sistemas de Informação em Saúde, Uso de Prontuário Eletrônico e Ferramentas de Apoio ao Registro das Ações dos Agentes de Saúde	MED05053	23 de janeiro de 2023

22 de novembro de 2022	até 28 de novembro de 2022	Noções de epidemiologia, monitoramento e avaliação de indicadores de saúde	MED 05052	23 de janeiro de 2023
29 de novembro de 2022	até 12 de dezembro de 2022	Atuação em Equipe Multiprofissional e intersetorialidade	MED 05054	23 de janeiro de 2023
13 de dezembro de 2022	até 23 de dezembro de 2022	Abordagem Familiar no território da APS	MED05055	23 de janeiro de 2023
24 de dezembro	até 03 de janeiro	RECESSO DE FINAL DE ANO		
04 de janeiro de 2023	até 09 de janeiro	Abordagem Familiar no território da APS (continuação)	MED05055	23 de janeiro de 2023
		Etapa Formativa 1 - Módulo 3		
10 de janeiro de 2023	até 16 de janeiro de 2023	Noções de microbiologia e parasitologia	MED05056	13 de fevereiro de 2023
17 de janeiro de 2023	até 23 de janeiro de 2023	Compreendendo o processo saúde doença	MED 05057	13 de fevereiro de 2023
24 de janeiro de 2023	até 30 de janeiro de 2023	Conhecendo e construindo a saúde pelo ambiente	MED 05058	13 de fevereiro de 2023
		Etapa Formativa 1 - Módulo 4		
31 de janeiro de 2023	até 06 de fevereiro de 2023	Doenças emergentes e reemergentes na realidade brasileira	MED 05059	27 de março de 2023
31 de janeiro de 2023	até 19 de fevereiro de 2023	Promoção da Saúde	MED05060	27 de março de 2023
20 de fevereiro de 2023	até 27 de fevereiro	RECESSO DE CARNAVAL		
28 de fevereiro de 2023	até 06 de março de 2023	Imunização	MED 05061	27 de março de 2023
07 de março de 2023	até 27 de março de 2023	Cuidado, educação e comunicação em saúde	MED 05062	27 de março de 2023
		Etapa Formativa 2		
28 de março de 2023	até 10 de abril de 2023	Noções Básicas de Anatomia, Fisiologia Humana e Noções de Primeiros Socorros	MED 05068	17 de junho 2023
11 de abril de 2023	até 01 de maio de 2023	Acompanhando os ciclos de vida das famílias	MED 05069	17 de junho 2023
02 de maio de 2023	até 15 de maio de 2023	Ação Educativa do ACS na prevenção e controle das doenças e agravos com enfoque nas doenças transmissíveis	MED 05070	17 de junho 2023
16 de maio de 2023	até 29 de maio de 2023	Ação Educativa do ACS na prevenção e controle das doenças e agravos com enfoque nas doenças não transmissíveis	MED 05071	17 de junho 2023
30 de maio de 2023	até 12 de junho de 2023	Ações de cuidado para a ampliação do escopo de práticas dos ACS na prevenção e controle das doenças e agravos	MED 05072	17 de junho 2023

Fonte: https://mais.conasems.app/ava/cursos/24_saude-com-agente-acs/cronograma

A promoção da saúde prevê a realização de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a autoajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer acesso contínuo à informação, e oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado (Ottawa-Canadá, novembro de 1986).

Particularmente percebo na prática diária o princípio que o ACS mais utiliza é o da equidade, pois há tantas pessoas com tantas necessidades e muitas vezes as carências são tão grandes que é necessário enxergar o outro para além das suas necessidades de saúde, percebendo-o sim como um ser humano integral que carece de muito mais que um atendimento médico e uma receita. Esse sujeito, para ser integralmente percebido, necessita ser visto como parte integrante de uma sociedade, com direitos que devem ser assegurados

pelo estado e pela sociedade e também por quem está no território e essa pessoa que está ali vivenciando dia após dia cada uma dessas situações é o Agente Comunitário de Saúde. Por esse motivo esse profissional deve ser valorizado, o seu trabalho deve ser visto e utilizado como base para a manutenção do Sistema Único de Saúde no âmbito da atenção básica.

Não se pode pensar em planejamento de políticas públicas em saúde para as comunidades vulneráveis, sem pensar no ACS.

Reflexões sobre a valorização do ACS - articulando achados da literatura com a experiência profissional

Nosso trabalho de pesquisa seguiu uma metodologia que, imagino, não muito habitual. Buscamos cruzar o estudo considerando a acumulação teórica sobre a temática em tela (valorização do trabalho do ACS), com reflexões advindas de minha experiência profissional. Mas que uma revisão bibliográfica, quis associar achados que a literatura tem demonstrado com a minha trajetória, que em boa medida poderia estar contida nos textos que pesquisei. Essa forma de fazer a escrita permitiu ampliar a percepção sobre meu trabalho e sobre o trabalho do ACS, como um importante e relevante sujeito que se constitui na labuta, no exercício de suas atividades cotidianas.

Percebi que o ACS emerge de experiências municipais, como apostas de gestores da saúde que à época buscavam lidar com repercussões da desigualdade social na vida de famílias e pessoas com ofertas que não se limitavam à garantia de acesso aos serviços e práticas de saúde. Nasce assim, ação profissional que mais tarde se torna uma profissão, que atua no seio na sociedade, interagindo, conversando, agindo e transformando realidades sociais e familiares.

Esse profissional passa a ser estruturante do mais tarde vai se convencionar chamar de estratégia de saúde da família, que se organiza em torno do trabalho do ACS. Assim o ACS ganha um lugar de destaque, sobretudo porque é capaz de lidar com situações complexas de vida e saúde, agindo como interlocutor, como elemento conectivo entre famílias e UBS. E assim foram anos de experimentação, que foi recebendo reforços à medida que o SUS foi se desenvolvendo. As normativas legais foram sendo atualizadas e os ACS consolidaram sua posição estratégica na conformação da ESF.

Todavia, essa realidade se altera drasticamente e isso decorre em um ambiente político e institucional de grande instabilidade, decorrente do afastamento, eminentemente político, da Presidenta Dilma Rousseff, retirada do cargo por interesses de agentes econômicos e políticos

inconformados com as políticas de inclusão social. É nesse ambiente de anormalidade democrática que a nova PNAB (2017) é publicada, feita sem qualquer interlocução com a sociedade e entidades. É por essa razão que ela consegue rever a ESF e retirar ACS das mesmas equipes. Na perspectiva operacional isso se dá por normativas do MS, sobretudo patrocinadas no âmbito do Programa Previnde Brasil.

De lá para cá o que se percebe é uma situação carregada de paradoxos. De um lado, a retirada de ACS das equipes, cujo impacto é a minimização das ações no território e o assumir de atividades administrativas nas UBS, das mais variadas ordens. De outro lado, a PEC 120/22, que regulamenta a profissão, que garante condições básicas para o exercício da função, e o a oferta de “capacitação técnica” dos agentes, aspectos que podemos imputar como de valorização dos ACS.

Mas onde, então, reside o paradoxo? Minha experiência, eivada de mal-estares, como disse ao longo do texto, traz exatamente essa marca da ambiguidade: uma valorização que desvaloriza, uma vantagem que se torna desvantajosa. Um paradoxo e tanto.

Valoriza, pois, aponta formação técnica no ambiente de consolidação constitucional da profissão; desvaloriza por essa formação é consonante com a redução da presença dos ACS nas equipes e com a transformação de nossa profissão numa espécie de agente assessorio das UBS e suas equipes, que agora focam suas em ações assistenciais, que em minha percepção representa um retorno a um passado que o SUS quis superar.

Valoriza financeiramente com a promulgação da EC 120/22, que garante aos ACS's e ACE's que não recebam remuneração base, inferior a dois salários-mínimos e mesmo assim alguns municípios insistem em não cumprir, trazendo aos profissionais a certeza da total desvalorização e falta de respeito com quem tanto faz pela saúde das populações. Nas secretarias de saúde e palanques políticos somos exaltados, mas no dia a dia a realidade é totalmente diferente, pois grande parte dos gestores não querem cumprir com aquilo que a lei determina.

Essas mudanças ainda não repercutem na literatura sobre o tema e, nesse sentido, minha experiência tem um gosto de algo inédito. Minha expectativa é que esse trabalho que iniciei no TCC possa me encorajar a seguir adiante, tanto em minha profissão, cujo valor de uso social é inestimável, como em meu desejo de aprofundar os estudos, que espero um dia conseguir realizar.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. Congresso promulga emenda do piso salarial dos agentes comunitários de saúde. Brasília, 25/05/2022. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/05/05/congresso-promulga-emenda-do-piso-salarial-dos-agentes-comunitarios-de-saude>.

BARROS, DF et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. Texto-Contexto Enferm. 2010;19(1):78-84. Disponível em:

<https://repositorio.ufms.br:8443/bitstream/123456789/1080/1/O%20contexto%20da%20formacao.pdf>.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 9, de 9 de novembro de 1995. Lex: legislação federal e marginália, São Paulo, v. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc120.htm

BRASIL. Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a criação da profissão agente comunitário de saúde e dá outras providências.

BRASIL. Lei Federal Nº 11.350 (2006). Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, out. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (APS). Agente Comunitário de Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/esf/composicao>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Previne Brasil. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/componentesfinanciamento/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Brasília : Ministério da Saúde, 2001. 40p. : il. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. 24/11/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>.

BRASIL. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a criação da profissão agente comunitário de saúde e dá outras providências. 2002.

BRASIL. Lei Federal Nº 11.350 (2006). Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, out. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm.

BRASIL. Portaria Nº 18 de 7 de janeiro de 2019. Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2019/prt0018_10_01_2019.html#:~:text=%C2%A71%C2%BA%20As%20equipes%20m%C3%ADnimas,dentista%20.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.

CÔRREA, C; PFEIFFER, C.C; LORA, A, P. O agente comunitário de saúde: uma história analisada. Revista Rua, v. 16, n. 1, p. 173-192,2010.

DOS SANTOS, Michele Goulart et. al. Desafios enfrentados pelos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família. Revista Inova Saúde, Criciúma, vol. 4, n. 1, jul. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/1765/2250>.

EP HEALTH. Você conhece a história dos Agentes Comunitários de Saúde(ACS) no Brasil?. Ep Health, Florianópolis, 3 de agosto de 2021. Disponível em: <https://www.ephealth.com.br/post/voc%C3%AA-conhece-a-hist%C3%B3ria-dos-agentes-comunit%C3%A1rios-de-sa%C3%BAde-acs-no-brasil>

GODOY, A. S. Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v.35, n.2, p. 57-63, 1995B.

GUERRERO, P et al. User embracement as a good practice in primary health care. Texto contexto - enferm. 2013; 22(1): 132-140.

Lavor, A. C. H., Lavor, M. C., & Lavor, I. C. (2013). AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM NOVO PROFISSIONAL PARA NOVAS NECESSIDADES DA SAÚDE. *SANARE - Revista De Políticas Públicas*, 5(1). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/130>.

Marques Ávila, Maria Marlene. Origem e evolução do programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. Revista Brasileira em Promoção da Saúde (on-line). 2011, 24(2), 159-168. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40819262011.pdf>

Melo, Eduardo Alves; Mendonça, Maria Helena Magalhães de; Oliveira, Jarbas Ribeiro de; Andrade, Gabriella Carrilho Lins de. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios.** Saúde em Debate Set 2018, Volume 42 Nº spe1 Páginas 38 - 51.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?lang=pt>.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria** nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Brasília, 2017.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro: Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Ministério da Saúde. Almanaque do Agente Comunitário de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/almanaque_agente_comunitario_saude.pdf

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 119 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf.

DE QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal; LIMA, Luci Praiano. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.10 n.2, p.257-281, jul./out.2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/7M6SpTz8MDpBJfTmbRFvQ7p/?lang=pt&format=pdf>

RODRIGUES, Talita. Agentes comunitários de saúde relatam dificuldades para o exercício da profissão. *EPSJV/Fiocruz*, Rio de Janeiro, 27/11/2009. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/agentes-comunitarios-de-saude-relatam-dificuldades-para-o-exercicio-da-profissao>.

SABOIA, I.B.; COELHO, R.; AQUINO, C.A.B. Narratives et labour: impasses sobre o trabalho como narrativa de si mesmo na contemporaneidade. *Calidoscópio*, vol. 5 n2, São Leopoldo: Unisinos, mai/ago 2007 p. 84-91.

SANTOS, IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *RevSalud Pública*, Bogotá. 2011;13(4):70316.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. de Saúde Pública*, 2008.

SOUZA ECF et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S100-10.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e desmedicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Cienc. Saúde Colet.*, 2007.

TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis RJ. Editora Vozes, 2003

UNESP. Faculdade de Ciências Agrônômicas. Tipos de Revisão de Literatura. Botucatu: 2015. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de->

[literatura.pdf](#)