

1.3 História e contexto de atuação dos agentes comunitários de saúde no Brasil

Organizado por: Vera Joana Bornstein

Nos últimos 25 anos, a experiência com agentes comunitários de saúde (ACSs) inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido amplamente analisada no Brasil, sendo produzidos inúmeros estudos que, em sua grande maioria, ressaltam a importância desse trabalhador na equipe de saúde da família. Retomaremos aqui uma reflexão que problematiza as práticas do ACS no Brasil, especialmente no que se refere ao seu exercício como educador no contexto das políticas de saúde, e que faz parte do artigo *Desafios e perspectivas da educação popular em saúde na constituição da práxis do agente comunitário de saúde* (Bornstein et al., 2014).

A origem dos agentes de saúde é anterior às políticas públicas que inseriram esse trabalhador no SUS. Porém, é a partir destas políticas que o agente de saúde aparece formalmente como uma ocupação reconhecida em âmbito nacional.

Em 1991 é lançado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs) que, no ano de 1992, passou a chamar-se Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Sua implantação foi iniciada pelos estados do Nordeste, nos quais foram priorizadas as ações da área materno-infantil. Estas experiências, somadas às experiências locais anteriores, formam a base para o lançamento em 1994 do Programa de Saúde da Família (PSF).

A partir de 1996 o nome Programa Saúde da Família foi substituído por Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando que os programas têm um caráter mais vertical, estabelecido pelo Ministério da Saúde, e estão mais focalizados em determinado problema. O Ministério da Saúde passa a considerar a Saúde da Família como uma estratégia de reorganização da atenção à saúde no Brasil, visando contribuir para o aprimoramento e a consolidação do SUS.

A ideia de reorientação da atenção à saúde é ainda mais consolidada na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), de 2006, entendida no sentido da substituição do modelo tradicional de assistência, com lógica biomédica, voltado para a cura de doenças e com ênfase na demanda espontânea, por outro modelo, centrado na promoção da saúde e na prevenção de doenças, com enfoque nas famílias em seus territórios, nos quais a determinação social da saúde pode ser mais bem entendida.

A importância da Estratégia Saúde da Família é mais uma vez reafirmada como reorganizadora da atenção básica na nova Pnab, aprovada em outubro de 2011, na qual a ESF é definida como a porta de entrada para o SUS, com ênfase no cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

Apesar das intenções constantes nos documentos oficiais, no artigo mencionado anteriormente (Bornstein et al., 2014) são abordados vários estudos que indicam existirem enormes desafios para a reorientação do modelo biomédico vigente na grande maioria dos serviços. Algumas dessas dificuldades são a incipiente realização de ações intersetoriais; o excesso de atividades burocráticas; o estabelecimento de metas verticais e o modelo de avaliação, que fragmentam a atividade dos profissionais e dificultam a integralidade da atenção; e a falta da garantia de continuidade do cuidado.

O ACS é um elemento inovador na equipe de saúde, tanto no Pacs quanto na ESF. Ele é o único componente da equipe que tem como um dos requisitos para a sua contratação a condição de ser

morador da área em que atuará, o que seguramente está vinculado à ideia da aproximação e entendimento das condições de vida da população, de suas características culturais, de sua dinâmica social e familiar.

Ainda que as atividades educativas estejam previstas para serem desenvolvidas por todos os integrantes da equipe de saúde da família, é o ACS o único membro da equipe cujo trabalho está ou deveria estar focado na prevenção de doenças e na promoção da saúde, e o único a não ter atribuições clínicas. No entanto, Bornstein et al. (2014) concluem que a excessiva normatização do trabalho do ACS, assim como a falta de investimento em sua formação profissional, dificultam o desenvolvimento de atividades educativas, sobretudo aquelas características da educação popular:

[...] a maneira como estes profissionais têm sido incorporados ao modelo de atenção à saúde limita a sua atuação como agente transformador e fomentador da participação popular, pois embora lhes sejam atribuídos estes papéis, a estruturação dos serviços e as formas de gestão impulsionam os ACSs a assumirem funções características da assistência em saúde tradicional. (Bornstein et al., 2014, p. 1.336)

Ao mesmo tempo apontam que

[...] a criação de espaços de expressão do saber dos agentes e análise crítica do trabalho educativo realizado seriam fundamentais para se repensar constantemente a sua práxis. (Bornstein et al., 2014, p. 1.336)

Marcos históricos ressaltados por uma liderança dos ACSs

Tereza Ramos, que é agente de saúde desde 1978 e foi presidente da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), é uma importante liderança desses trabalhadores.

A seguir reproduzimos trechos da entrevista de Tereza Ramos publicada na revista *Trabalho, Educação e Saúde* em 2007. Essa entrevista foi concedida um dia antes da aula inaugural, proferida por Tereza, no início do ano letivo, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), no Rio de Janeiro. Na entrevista, Tereza fala da luta protagonizada pelos ACS em defesa de seus direitos trabalhistas. Em relação à pergunta feita pela revista *Trabalho, Educação e Saúde* sobre quem eram os agentes de saúde e como se organizavam, Tereza afirma:

[...] o momento mais importante que vivi, antes de chegar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, foi no ano de 1985. Passamos esse ano todo trabalhando proposta para levarmos para a VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceria em 1986. Trabalhamos por esse país afora, onde houvesse grupos de agentes comunitários, estávamos lá para dizer: “Vai ter a conferência, a conferência vai voltar, a gente tem que participar e a gente tem que ir com propostas”. E, finalmente em 1986, a Conferência Nacional de Saúde foi a retomada de tudo o que temos hoje. (Ramos, 2007, p. 330)

Falando sobre o início da luta pela desprecarização e pela formação técnica dos ACSs:

Assume o Itamar Franco [1992-1995] e tínhamos dados comprovando a eficácia do trabalho dos agentes. Então começamos a nos sentir importantes também e a buscar uma forma de “desprecarizar” a nossa situação. Éramos bolsistas. Passei um ano, dois anos, três anos como bolsista. Quando entrei, em 1993, os ACSs ainda eram bolsistas. E se a gente tinha conseguido reduzir mortalidade, convencer as gestantes a fazerem pré-natal, imunizar as crianças no esquema completo, então nada mais justo do que sermos melhor assalariados por isso. E também ter treinamentos, reciclagens... Houve um treinamento inicial, dado pelo Imipe [Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira] em Pernambuco, por estados, prefeituras e pela Fundação Nacional de Saúde. Só que era um treinamento inicial. Depois ficamos praticamente sem nenhum. Então, começamos também a brigar para ter treinamento, e os treinamentos vieram. Mas, assim, sobre assuntos específicos: curso de hipertensão, aí vai todo mundo fazer curso de hipertensão. Quando termina, recebe o certificadozinho. Curso de dengue, curso de cólera, e recebe o certificadozinho. Eu tenho uma pilha de certificados, acho que vinte e dois. E não tem um que diga que eu sou agente comunitário de saúde. É aí que surge a Izabel Santos, em 1994, se não me engano, tentando montar uma grade curricular de um curso técnico para agente comunitário de saúde. Havia pessoas também da Fiocruz, do Unicef [Fundo das Nações Unidas para a Infância] e da Fundação Nacional de Saúde. (Ramos, 2007, p. 331-332)

A formação técnica, a meu ver, tem que ser uma ferramenta para o agente comunitário poder servir melhor à sua comunidade, prestar um serviço de melhor qualidade. Tem que servir para isso. Se ela não servir para isso, então é melhor que não se faça. Tem que servir para dar ênfase, para subsidiar o agente comunitário em seu trabalho junto aos usuários, ou, como a gente chama, as minhas famílias, as nossas famílias. (Ramos, 2007, p. 332)

Sobre os opositores e dificuldades para que a formação técnica aconteça integralmente, diz:

Há argumentos estranhos. Já ouvi uma pessoa dizer que a lei nº 11.350, de outubro de 2006, estabelece que não é preciso fazer curso técnico para ser agente comunitário de saúde. Ora, eu tenho cópia da lei nº 11.350. Não existe nessa lei, em nenhum lugar, em nenhum momento sequer, nada que dê a entender isso. Também não é questão de entendimento. A outra coisa que se fala é que se a capacitação técnica do agente comunitário de saúde vai elevar o nível de conhecimento desse agente, ele naturalmente vai querer ser melhor remunerado. Outra grande besteira, porque vamos brigar por salário, independente de termos curso técnico ou não. (Ramos, 2007, p. 332)

São vários grupos ou setores [que fazem estas afirmações]. Não é todo o mundo desse ou daquele segmento, mas setores. Com relação ao curso técnico especificamente, ouvi claramente do pessoal do Conasems [Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde] e do Conass [Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde]. (Ramos, 2007, p. 332)

A revista pergunta sobre os argumentos do ACS para defender a formação técnica, e não uma formação inicial, como está acontecendo hoje. Tereza afirma que:

Todo trabalhador, de qualquer área, precisa ser qualificado, porque precisa prestar um serviço de boa qualidade. Não só o trabalhador do serviço público, mas acho principalmente do serviço público. E o ACS está na ponta. É um sujeito que está lá, ele e a dona de casa. (Ramos, 2007, p. 333)

A revista pergunta sobre o que mudou na rotina de trabalho de Tereza após ela ter realizado a primeira etapa do curso técnico:

Concretamente, a questão da burocracia do trabalho do agente comunitário de saúde. Todos os agentes detestam a burocracia. Detestamos fazer relatório, preencher ficha A, ficha B, ficha C. Detesto isso. Pensávamos assim: essa porcaria tem que ser feita, porque se não fizer o dinheiro não vem. E, com o curso, a gente aprofundou essa discussão. Então, vimos o seguinte: as fichas que tínhamos que preencher, A, B, C, até o Z, se for preciso, têm um propósito muito maior do que simplesmente vir o dinheiro do ministério. É a partir das minhas fichas e das fichas dos meus colegas que o município tem um retrato, um diagnóstico da minha comunidade. Ali está o retrato da minha comunidade. E, a partir disso, dependendo do gestor, podem ser traçadas políticas na área de saúde, o que é importante para a qualidade de vida dessa comunidade. Descobrimos isso no curso, depois de dez, doze anos trabalhando e fazendo as danadas das fichas. (Ramos, 2007, p. 333)

Diante da pergunta sobre o que Tereza definiria como o trabalho do ACS, a resposta é:

A visita domiciliar é a síntese do trabalho do ACS. Não estou falando de entregar contas de luz ou de água. Porque isso é diferente. Uma coisa é passar numa casa para entregar uma conta, outra é visitar a família. Na visita, o agente observa as condições de higiene da casa, se a mãe está lavando roupa ou se tem o que comer naquele dia. Isso é uma visita. Há meses em que fica complicado fazer uma visita bem feita. Em outros, tudo corre bem. Às vezes, chegamos na casa e a primeira coisa que encontramos é uma penca de problemas para resolver. Nesse momento, perdemos um tempo enorme. Em geral, é preciso ir à unidade porque o funcionário de lá não resolveu algo que poderia ter feito. Em vez disso,

mandou a pessoa de volta procurar o ACS. As pessoas já procuram, normalmente. Quando a unidade manda de volta, é mais cruel ainda, porque a pessoa já esteve lá. (Ramos, 2007, p. 334)

Sobre as principais dificuldades do trabalho do ACS hoje:

A principal, que ocorre desde o começo, é a falta de resposta. O trabalho do ACS só funciona cem por cento se o serviço responder com a parte dele. Na maioria das situações, não temos a resposta do serviço. Por exemplo, se encaminho uma mãe para fazer o pré-natal e ela chega na unidade, mas acaba voltando... Que trabalho eu fiz? Meu trabalho se perde ali, vai por água abaixo. Se mando uma criança para vacinar e ela volta sem ser vacinada... Primeiro, a mãe não a leva de novo espontaneamente. Vou ter que começar do zero e fazer com que ela vá novamente. Segundo, meu trabalho fica pela metade. A unidade tem que responder, o serviço tem que dar resposta. Não pode deixar de dar. Por isso, às vezes brigamos nas prefeituras e ficam achando que estamos sendo chatos e não sei o quê. Outro dia, eu disse ao secretário da minha cidade: “Olhe, estou cobrando o meu serviço, não estou cobrando o seu. Porque se o senhor não faz a sua parte, a minha vai a zero. E eu não quero o meu serviço em zero. O senhor não se importa com o seu, mas eu me importo com o meu”. Ele até ficou zangado comigo porque fui meio grossa. Eu tenho claro na minha cabeça o seguinte: o dinheiro que eu ganho sai do bolso daquelas pessoas. (Ramos, 2007, p. 335)

Em relação ao fato de o ACS residir na comunidade e sua influência na forma de cuidar da população:

Uma das coisas que influencia muito é o conhecimento. São os seus vizinhos. São pessoas que já te conheciam antes. Aí fica mais fácil de conversar, de estabelecer um clima de confiança. Eles nos encontram com facilidade, pois sabem onde moramos. Defendemos isso na emenda constitucional nº 51. Defendemos também na lei nº 11.350 e vamos continuar defendendo. Por quê? Porque é necessário residir na área. O que não podemos deixar passar é a exigência de que o agente resida na microárea. Há gente defendendo que o ACS tem que residir na microárea. Aí eu acho brincadeira! Não é necessário. Isso é demais. Agora, morar na área em que trabalha, sim. Se não morar na minha comunidade, eu me torno, naquela em que trabalho, a mesma coisa que o médico. Largo às cinco da tarde, vou embora e acabou-se a história. Então, perco essa identidade. Na medida em que eu moro lá, sou parte dela. Por isso, em alguns momentos é difícil separar. Em todo canto, compramos briga com prefeito e secretário, por causa de atenção na unidade, da limpeza que não foi feita ou do carro de lixo que não passou. Mas é muito difícil a gente separar o “eu” morador do “eu” trabalhador. Sou moradora também. Trabalho, sim, mas sou moradora também. Antes do trabalho, já era moradora. Acho que isso une muito a comunidade, cria um elo muito forte entre o ACS e a comunidade. (Ramos, 2007, p. 336)

Em relação à conjuntura atual e às possibilidades de luta do ACS, incluindo a formação técnica, a questão do vínculo e a questão da seleção:

Nunca esteve tão favorável. O cenário é bom e estamos num momento de organização. É um momento forte. A maioria das pessoas não sabe, mas tivemos três projetos de lei antes do que foi finalmente aprovado. Foram votados e perdemos. Um nem chegou a ir [para] votação, aliás dois. O terceiro chegou a ir [para] votação e perdemos. Inclusive, nesse terceiro, que antecedeu o último que aprovamos, o Sérgio Arouca era o relator. Hoje, eu analiso o seguinte: perdemos naqueles projetos não porque a Câmara tinha uma cara diferente ou coisa parecida. Éramos nós que estávamos desorganizados. Levamos dez anos para aprender como a Câmara e o Senado funcionam. Era um projeto menos audacioso do que o que foi aprovado. Esse é um momento bom, muito bom mesmo para afinar as escolas e os trabalhadores. Principalmente, as escolas que cuidam da capacitação, da formação e da qualificação dos trabalhadores. (Ramos, 2007, p. 337)

No quadro a seguir, destacamos os marcos históricos legais relacionados aos ACSs, com base no Almanaque do agente comunitário de saúde (Marteleto, 2014).

Quadro 1. Marcos históricos legais relacionados aos ACSs

1987	"Em 1987, teve início o Programa de Agentes de Saúde do Ceará, experiência inédita em dois aspectos: por ter sido a primeira vez que se trabalhou em ampla escala com os ACSs e por ter transformado um plano emergencial para a seca, em que se empregavam temporariamente pessoas das regiões atingidas, em um programa de promoção da saúde, utilizando os mesmos recursos de fundos emergenciais do governo federal" (Morosini; Corbo; Guimarães, 2007, p. 264). Foram contratados 6.113 trabalhadores, dos quais a grande maioria era de mulheres, oriundos de 118 municípios diferentes do sertão do Ceará.
1991	Criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs) pelo Ministério da Saúde, expandindo para todo o país a experiência institucional iniciada no Ceará e transformando em política nacional as experiências locais de agentes de saúde. Em 1992, este programa foi transformado em Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).
1994	Formulação pelo Ministério da Saúde do Programa Saúde da Família com a ampliação da equipe composta por um médico, um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro e seis ACSs.
1997	Publicação da portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 pelo Ministério da Saúde, que aprovou as normas e diretrizes para o Pacs e o PSF: "O Ministério da Saúde reconhece no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar" (Brasil, 1997). Esta portaria estabelece o número de 750 pessoas e 150 famílias a serem acompanhadas pelos ACSs; define que o ACS deve ser morador da área em que atua há pelo menos dois anos; aponta que este profissional deve realizar visitas domiciliares e atividades educativas individuais e coletivas. Ao referir-se à formação do ACS somente se refere à capacitação em serviço de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor.

1999	Publicação do decreto nº 3.189, em 4 de outubro, que fixa as diretrizes para o exercício da atividade de ACS, e dá outras providências. Reafirma caber ao ACS o desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas.
2002	É promulgada a lei nº 10.507 que cria a profissão de ACS exclusivamente no âmbito do SUS e define os requisitos para o exercício da profissão. Em relação à formação, estabelece a necessidade de conclusão do Ensino Fundamental, o que pode ser considerado um avanço na medida em que se refere a um curso de qualificação básica para a formação de ACS. Nesse sentido abriu a possibilidade de uma discussão sobre esta formação.
2004	Criação do Referencial curricular para o Curso Técnico de ACS, elaborado pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação. Estabelece uma carga horária mínima de 1.200 horas, dividida em três etapas. Ao final do processo formativo, os educandos que concluíram o ensino médio receberão o diploma de Técnico ACS.
2006	Publicação da emenda constitucional nº 51, que cria o processo seletivo público para os ACSs e ACEs e estabelece que estes profissionais somente poderão ser contratados diretamente pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios. Promulgação da portaria nº 648/GM/MS, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Em seu Anexo I, estabelece as atribuições de todos os componentes da Equipe de Saúde da Família e da Equipe de Saúde Bucal. Promulgação da lei nº 11.350, que estabelece as atividades e os requisitos para ser ACS e ACE. Reafirma a necessidade do ACS residir na área da comunidade em que atuar, porém esta exigência se dá a partir da data da publicação do edital do processo seletivo público. Estabelece o vínculo direto entre os ACSs e o órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional. Em relação à formação técnica, esta lei significa um retrocesso, visto que pauta somente um curso introdutório e o Ensino Fundamental.
2007	Promulgação da lei nº 11.585, que institui o dia 4 de outubro como o Dia Nacional do ACS.
2008	Publicação da portaria nº 2.662, que institui o financiamento pelo Ministério da Saúde para a formação de 400 horas do ACS.
2011	Publicação da portaria nº 2.488, que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Incorpora a flexibilização da carga horária semanal do médico de família e comunidade. Em relação ao ACS, mantém que este profissional deve desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, porém abre a possibilidade do exercício de atividades dentro da unidade, desde que vinculadas às atribuições definidas.
2014	Publicação da portaria GM/MS nº 314, por meio da qual o Ministério da Saúde fixa em R\$ 1.014,00 (mil e quatorze reais) por ACS a cada mês o valor do incentivo de custeio a ser repassado. Publicação da lei nº 12.994, que altera a lei nº 11.350/2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira do ACS e do ACE.

Referências bibliográficas

BORNSTEIN, Vera Joana et al. Desafios e perspectivas da educação popular em saúde na constituição da práxis do agente comunitário de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1.327-1.340, 2014.

MARTELETO, Regina Maria (coord.). *Almanaque do agente comunitário de saúde*. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/almanaque_agente_comunitario_saude.pdf. Acesso em: 28 maio 2016.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Ana Maria D’Andrea; GUIMARÃES, Cátia Correa. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 287-310, 2007.

RAMOS, Tereza. Entrevista para Márcia Valéria Morosini. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 329-337, jul. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462007000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1º fev. 2016.