



TEXTO PREPARATÓRIO PARA O ABRASCÃO 2018

O trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: inventário de conquistas e desafios.

Autoras: Márcia Valéria G. C. Morosini, Angélica Ferreira Fonseca

Introdução

Os agentes comunitários de saúde (ACS) somam hoje 259.916 ACS e estão presentes em 97% dos municípios, integrando as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Instituídos no SUS a partir de 1991 por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), têm contribuído para a extensão de cobertura e a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

Desde as experiências que precederam a instituição do PACS, pode-se afirmar que prevaleceu, como elemento central do trabalho do ACS, a articulação entre os serviços de saúde e a vida no território, a partir da compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e da necessidade de conjugar ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde. Entretanto, em 27 anos de atuação no Sus, o perfil e as condições de trabalho dos ACS têm se modificado. A escolaridade da categoria foi um dos indicadores que mais sofreu alterações. Em 2003, somente 18,2% dos ACS tinham o Ensino Médio completo e 0,6% o Superior completo; hoje, esses percentuais se elevaram para 70,97% e 12,71%, respectivamente, segundo os dados de Pinto et al (2015)¹. A pesquisa de Ramos et al (2017) mostrou outra informação interessante: muitos ACS complementaram sua escolaridade após o ingresso na profissão, o que aponta para o trabalho como um meio que possibilita condições e desperta motivação para o seguimento dos estudos.

Outro dado significativo obtido pela pesquisa de Pinto et al (2015) é que 69,46% dos ACS estudados possuem outra formação na área da saúde, com predominância dos cursos de enfermagem – 43,53% de auxiliar de enfermagem e 49,79% de técnico de

¹ Deve-se atentar para o fato de que os dados de 2003 referem-se à totalidade dos ACS, segundo informações do SIAB, e os dados de 2015 foram obtidos por meio de pesquisa amostral de base nacional.

enfermagem. Entre os cursos de nível superior, destacam-se o serviço social, a enfermagem e a psicologia que guardam relações com o trabalho realizado pelo ACS. Essas informações parecem expressar uma identificação com o campo de trabalho, a saúde, associado a um anseio de profissionalização e de novas oportunidades.

No quesito vinculação institucional e ingresso no trabalho, o estudo de Pinto et al (2015) também encontrou mudanças positivas: 55,53% dos ACS são contratados como estatutários e 26,33% como empregados públicos, via CLT; 54,02% ingressaram no trabalho por meio de concurso público e 39,56% via seleção pública. Deve-se registrar, entretanto, que a região Sudeste destoa desse quadro, pois o percentual de estatutário é de 22,54% e de celetista é de 27,23%.

Algumas condições, entretanto, não mudaram. Os ACS são em sua grande maioria do sexo feminino, moram predominantemente na área em que atuam, têm uma carga horária de trabalho de 40 horas e seguem valorizando e realizando as visitas domiciliares como atividade rotineira. (Pinto et al, 2015; Ramos et al, 2017). Em relação à carga horária, a investigação conduzida por Ramos et al (2017) mostrou que continua sendo comum sua extrapolação pelo recebimento de demandas recebidas após o horário de trabalho, em casa ou em momentos de lazer. Os motivos são vários: situações de emergência, busca de informações, solicitações variadas e problemas da dinâmica da vida no território em relação com as metas do trabalho. Um exemplo dessa última questão é a tática adotada por alguns ACS de irem à casa das pessoas que trabalham fora, após o horário de expediente na unidade. Assim, conseguem encontrar os moradores, realizar a VD e cumprir sua meta.

Numa perspectiva histórica, podemos demarcar como um primeiro momento de reconfiguração do trabalho do ACS a sua inserção no Programa Saúde da Família (PSF), quando este trabalhador passou a integrar uma equipe multiprofissional. Mais recentemente, a incorporação crescente de novos modelos de gestão dos serviços e do trabalho em saúde na APS tem sido o principal vetor de mudanças em seu trabalho.

A análise dessas modificações abrange vários aspectos. Podemos destacar os efeitos sobre as condições em que o trabalhador realiza o seu trabalho, os direitos a ele associados e as contribuições para o processo de atenção à saúde e realização dos princípios do SUS. Aqui, trataremos o trabalho do ACS como um indicador sensível das disputas que se colocam no campo da APS, no que diz respeito ao modo de compreender

o processo saúde-doença, o que é objeto da atenção à saúde, a definição do escopo e da abrangência dos serviços e das ações, assim como a configuração das práticas e do processo de trabalho.

Neste texto refletiremos sobre as mudanças que têm sido operadas neste trabalho, relacionando-as com pontos importantes de inflexão da Política Nacional de Atenção Básica em torno do modelo de atenção e os efeitos projetados na configuração da APS. Trata-se de uma reflexão necessária particularmente no momento em que estão em curso: a implementação de uma nova PNAB e alterações na regulamentação do trabalho do ACS e na sua formação, num contexto de aprofundamento do desmonte do Sus como um sistema público e universal.

O ACS na Estratégia Saúde da família: trama de conquistas, perdas e desafios

Os agentes de saúde foram inicialmente responsáveis pelo desenvolvimento de atividades sanitárias consideradas de baixa complexidade e alto impacto, como a terapia de reidratação oral, o estímulo à vacinação e ao aleitamento materno, e o acompanhamento de gestantes e do crescimento de crianças, conseguindo promover mudanças significativas em indicadores como a morbidade e a mortalidade materna e infantil. (Silva e Dalmaso, 2002).

Uma mudança marcante para o trabalho do ACS é quando esse trabalhador passa a integrar uma equipe multiprofissional e sua atuação é remetida às necessidades da organização do trabalho a partir da dinâmica das unidades de atenção à saúde, na qual predomina a consulta médica, a consulta de enfermagem e a consulta odontológica, quando houver. Em plano complementar, encontram-se os procedimentos realizados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem e de saúde bucal. É nesse contexto também que o seu papel de mediador entre os serviços, os profissionais de saúde e os moradores dos territórios assistidos é exaltado, e a alusão ao ACS como elo entre serviços e a comunidade torna-se uma ideia, que apesar de vaga, propaga-se como uma síntese do papel deste trabalhador no SUS.

Atualmente, ao invés de testemunharmos maior integração de suas atribuições com as atribuições das equipes de saúde, observamos a progressiva dependência do ACS frente ao processo de trabalho projetado para essas equipes cujos objetivos estão crescentemente submetidos à lógica do monitoramento do trabalho e da produtividade.

Na rotina do ACS a atividade preponderante é a Visita domiciliar (VD) que consiste no acompanhamento das condições de saúde das famílias de sua microárea e na busca ativa de situações específicas. Nas VDs, os agentes cadastram os membros da família (condição para o acesso às unidades), realizam orientações de diversos tipos, oferecem informações sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços, entre outras ações. As VDs são também a principal expressão da presença do ACS no território. Nesses encontros com os moradores os ACS identificam situações de saúde, muitas vezes não manifestas como demandas, que só chegam a se expressar desse modo para o sistema pela atuação do ACS. Embora isso possa ser um dos objetos da crítica à medicalização promovida pela ESF, supomos que reduzir ou reverter essa possível medicalização depende do investimento em processos formativos que possam problematizar essa questão, como também da preservação dos espaços permanentes de discussão do processo de trabalho das equipes.

No âmbito da unidade de saúde, os ACS são responsáveis pela separação dos prontuários dos usuários agendados no dia, apoiam atividades coletivas associadas aos tradicionais programas de saúde, como grupos de hipertensos e outras atividades mais relacionadas à promoção da saúde, como a educação física. Participam também das reuniões de equipe e com o NASF. Outra atividade atribuída ao ACS é o acolhimento na unidade, ou seja, ele tem sido a primeira pessoa a receber e escutar as demandas dos usuários nos serviços de saúde.

Nas unidades, a carga de trabalho dos ACS tem se destinado à realização de atividades que refletem um escopo mais reduzido e de grande interface com tarefas de apoio e burocratizadas. Para ilustrá-las, citamos: a separação de fichas e a anotação do peso em consultas coletivas, a organização de espaços físicos para as atividades, a orientação de filas, a separação de prontuários e outros, até mesmo as atividades de limpeza. Todas essas constatadas em investigação realizada na pesquisa “Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências”. (Ramos et al, 2017)

As atividades realizadas nas unidades também se desdobram em atividades burocráticas realizadas no território, como a entrega de resultados de exames, agendamentos e Kit-odonto, por exemplo. Esse conjunto de ações, associado àquelas relacionadas à produção e ao registro de informações, tem crescido e concorrido com o a disponibilidade para o trabalho mais elaborado de educação em saúde no território.

Compromete-se o tempo e também a direção dada às atividades na comunidade. As VDs, por exemplo, tendem a ser breves e simplificadas, com predomínio das ações que podem ser mais facilmente quantificáveis, em detrimento da interação subjetiva com os moradores. As ações de mobilização social e de atuação intersetorial, que exigem discussões, planejamento e interação com pessoas e instituições, são também relegadas a segundo plano, aguardando uma oportunidade de se inserir na agenda, o que raramente se confirma. (Fonseca e Mendonça, 2015).

Entre a política e a regulamentação, a profissionalização dos ACS

Em relação ao ingresso numa esfera de formalização, destacam-se as conquistas no plano legislativo que criam a profissão de ACS e passam a regulamentar o seu trabalho (Leis 10507/2002 e 11350/2006). Tal posição se confirma pelo estabelecimento de atribuições específicas para esse trabalhador nas Políticas Nacionais de Atenção Básica desde 2006. Dá-se um processo de deslocamento do ACS de uma situação de informalidade para a integração nas relações sociais pertinentes a um trabalhador do SUS. Criam-se as condições para a organização e as lutas coletivas que têm resultado em importantes avanços como a crescente desprecarização dos vínculos de contratação e a instituição de um piso salarial nacional para a categoria. Podemos afirmar também que os ACS são e se reconhecem como uma força política com participação em âmbito nacional.

A formação profissional representou, em certo momento, um espaço de avanço que não chegou a se confirmar. O ACS passou de um trabalhador ao qual se requeria somente saber ler e escrever, em 1991, para a exigência do ensino fundamental em 2002. A preparação para o trabalho, inicialmente sem parâmetros definidos, tem uma trajetória que inclui o curso introdutório, de carga horária e conteúdos variados e a capacitação em serviço, com a participação dos enfermeiros e de ACS mais antigos. Essas formas irregulares e breves de qualificação surgem como alternativa para a permanente demanda dos serviços por mais profissionais que viabilizem suas inúmeras atividades. Assim, são tomadas como uma solução imediata, mas tornam-se no médio prazo um problema, pois nenhuma dessas formas de qualificação convergem para uma profissionalização de fato, nem promovem uma formação consistente.

A publicação dos Referenciais Curriculares do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, em 2004, contribuiu para que a formação técnica representasse

um caminho potencialmente consistente para se aliar trabalho e educação num contexto de valorização de ambos. Esta formação tornou-se uma realidade em poucos municípios, não tendo alcançado a grande maioria dos ACS. Portanto, significa mais uma expectativa do que um avanço propriamente dito.

O processo de desprecarização dos vínculos ganhou impulso com a Lei 11350/2006 ao ser determinada a contratação direta desses trabalhadores por “órgãos ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional”. Em muitos municípios, os ACS passaram a ser contratados como estatutários ou empregados públicos, via CLT. Embora o percentual de ACS em atuação no SUS com vínculos precários hoje tenha diminuído, ele ainda se faz presente, notadamente na região Sudeste (Pinto et al, 2015).

O piso salarial também não foi implementado em todos os municípios e permanece como pauta estratégica do movimento organizado desses trabalhadores. Tais problemas guardam relação com as restrições orçamentárias que afetam os municípios. Os gestores municipais reiteradamente alegaram que a Lei de Responsabilidade Fiscal era um obstáculo para a desprecarização dos vínculos, para a implementação da formação técnica - que supunham estar associada à elevação salarial - e para a instituição do piso da categoria.

No caso dos obstáculos postos à realização da formação técnica, não se pode ocultar a influência de uma concepção que valoriza os atributos subjetivos, ligados à origem comunitária dos ACS, e considera que esta formação poderia produzir um distanciamento entre esse trabalhador e a realidade das pessoas de sua comunidade. Este argumento, reiterado durante muitos anos, hoje, não se mostra mais tão relevante. A elevação da escolaridade geral da categoria aqui já referida, por um lado, contribui para desmistificar esse argumento contrário à formação profissional dos ACS, mas de outro, aporta outro problema. Percebe-se que muitos ACS já buscaram um caminho próprio de profissionalização, inclusive de nível superior, que suscita outros questionamentos para a oferta do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

A proposta de formação técnica dos ACS, que não obteve o aval da CIT, foi progressivamente perdendo importância na agenda do Ministério da Saúde e sempre ocupou uma posição subordinada, na pauta do movimento organizado dos trabalhadores, diante das urgências relativas ao salário e aos vínculos.

Em relação às atribuições dos ACS, documentos normativos de abrangência nacional – Programas, Portarias, Decretos e Leis - têm se ocupado da sua definição. Destacam-se: a Portaria 1886 do Ministério da Saúde, publicada em 1997, o Decreto 3189 de 1999, a Lei 10507 de 2002 e a Lei 11350 de 2006. A partir de 2006, a configuração do trabalho dos ACS passa a ser também delineada a partir das definições estabelecidas nas Políticas Nacionais de Atenção Básica de 2006, 2011 e 2017.

Podemos dizer que, nos primeiros documentos, publicados até 2006, os parâmetros normativos das atribuições dos ACS concentravam-se em atividades educativas, de orientação e acompanhamento das famílias e de grupos específicos, de mobilização social, de articulação intersetorial e de produção de informação, estruturadas em torno da presença do ACS no território, tendo a visita domiciliar como ação ou estratégia principal. Percebem-se duas perspectivas de trabalho educativo. Uma está associada à concepção de educação para a saúde, voltada à difusão de comportamentos saudáveis, com vistas à prevenção de doenças e restrita aos parâmetros biomédicos. Outra, mais abrangente, vincula-se à mobilização social, implicando a participação política e assumindo como horizonte a transformação das condições de vida.

A partir da publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Brasil, 2006), explicita-se um redirecionamento nas diretrizes do trabalho dos ACS. Perdem centralidade as ações de educação que passam a ser apresentadas como meios de efetivação de outras atividades principais de promoção, prevenção e vigilância. Em 2011, com a segunda edição da PNAB, essa tendência se acentua. Ao exemplificar as atividades educativas realizadas pelos ACS, o texto da política cita apenas doenças, e as associa à prevenção e ao controle de riscos (Brasil, 2012).

As atividades dos ACS que enfocam a participação popular são excluídas dos textos das PNAB e, com elas, é suprimida também a expressão “qualidade de vida”, tão cara ao campo da promoção da saúde.

A Lei 11350, ainda que publicada no mesmo ano que a PNAB 2006, expressou uma compreensão mais ampla do papel dos ACS. Esta diferença deve ser tributária da participação do movimento organizado dos agentes na sua formulação, especialmente da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (CONACS), e ao apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde,

cujo discurso e as práticas políticas estavam, à época voltadas para o fortalecimento dos trabalhadores e para a valorização da gestão pública no SUS.

A dimensão política do trabalho do ACS estava também contemplada na Lei 1.1350 que estabelece atividades de “estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde” e a participação desse trabalhador em “ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida”. Entretanto, na PNAB de 2006 e também na de 2011, o próprio termo ‘políticas’ desaparece da definição das atribuições dos ACS.

O termo ‘comunidade’ não chega a ser suprimido, mas aparece com menos frequência. Seu significado torna-se mais circunscrito, remetendo ao local de exercício das atividades de promoção e prevenção - ‘na comunidade’. Anteriormente, o termo ‘comunidade’ remetia ao sujeito da participação política que o ACS deveria mobilizar e ao objeto de conhecimento e análise das condições de vida e saúde.

Nas PNABs, não se encontram mais referências à participação dos ACS na produção do diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade, nem em ações voltadas ao fortalecimento da relação entre o setor saúde e outras áreas das políticas públicas. Entre suas atribuições aparece “cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados”. Comparativamente, parece ocorrer a transição de uma atividade com escopo mais amplo e complexo (produção do diagnóstico) para uma tarefa de cunho predominantemente operacional (cadastramento).

Outra mudança importante colocada pela PNAB 2006 é a possibilidade de o ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, com a ressalva de que estas sejam vinculadas às atribuições especificadas na PNAB. Flexibiliza-se assim, a delimitação do trabalho dos ACS no território, historicamente consagrada e regulamentada desde a Portaria 1886 que fixara as diretrizes do PACS (Brasil, 1997).

Visualiza-se aqui uma transição do sentido do trabalho do ACS. Anteriormente, identificava-se uma finalidade própria, centrada na educação em saúde, e um papel de articulação com as ações desenvolvidos pelos serviços. Hoje, este trabalho caracteriza-se cada vez mais como uma atividade meio, instrumentalizada, desprovida do compromisso com objetivos mais estruturantes de um novo modelo de atenção à saúde.

Algumas questões se colocam:

1) diante das premências do serviço, como preservar o tempo dedicado às atividades de educação em saúde no território?

2) como manter seu olhar ampliado, que abrange nuances variadas da vida no território, frequentemente não contempladas numa perspectiva de caráter biomédico?

3) como afastar esse trabalhador do risco de tornar-se um auxiliar genérico e pouco qualificado dos serviços de saúde e das atividades dos profissionais de nível superior?

Os problemas agravados pelos novos modelos de gestão

Várias inflexões no trabalho dos ACS têm sido resultado da adoção, no setor público, da lógica, das práticas e dos instrumentos baseados na Nova Gestão Pública (NGP), originalmente concebidos para o gerenciamento do setor privado. As bases da administração pública, segundo a NGP, passam a ser: o direcionamento para o alcance de resultados mensuráveis e o desenho de metas; a contratação entre entes públicos estatais e não estatais para a oferta de serviços; assim como a criação e operacionalização de instrumentos de controle (Sano & Abrucio, 2008).

O campo da saúde e, particularmente, a APS não estão isentos dessa racionalidade. Verifica-se a utilização de instrumentos que, entre outros elementos, estabelecem os resultados, os indicadores e as metas a serem atingidas. Integra essa concepção de gestão a adoção de incentivos financeiros, com previsão de remuneração diferenciada, para profissionais, equipes, serviços e, até mesmo, níveis intermediários de gestão, em função da produtividade alcançada.

Para atender a essa lógica, valorizam-se os fenômenos mais suscetíveis à identificação de uma relação entre causa e efeito e as atividades passíveis de mensuração. Estas passam a ser objeto privilegiado das ações de estímulo, controle e cobrança. É o caso da priorização de 'linhas de cuidado' em uma perspectiva diretamente ligada à prevenção de doenças (ex.: linha de cuidado do câncer, diabetes, hipertensão). Isso promove um reconhecimento fragmentado do trabalho com uma decorrente atribuição de parcelas a cada um dos profissionais.

Esta elaboração sobre o trabalho e sobre a gestão do trabalho incide de forma muito nociva sobre o ACS, na medida em que o seu trabalho já é tratado como menos

complexo e mais difuso, tornando-se mais passível de sofrer alterações a partir das demandas variadas e pontuais dos serviços. Como visto, as ações de educação em saúde são particularmente sensíveis a esse tipo de inflexão e tendem a tornar-se progressivamente ações de educação para a saúde, num processo de desqualificação do trabalho dos ACS que se aprofunda na mesma proporção em que se retoma o predomínio da racionalidade biomédica.

Esta mudança é tanto qualitativa quanto quantitativa, na medida em que o tempo de trabalho e a energia dos ACS passa a ser disputado por duas lógicas: uma que valoriza o trabalho educativo em si e outra que o circunscreve à condição de viabilizador do alcance de metas dos serviços.

Quanto aos vínculos, apesar do avanço dos contratos regulares, a terceirização da gestão tem se confirmado como uma tendência em algumas capitais brasileiras, em grande parte por intermédio da contratação das OS. Incluem-se nesse caso o Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador e Porto Alegre entre outras. Essa realidade dificulta avançar na implementação do que está previsto na Lei 11350 para a contratação dos ACS: diretamente pelos entes públicos, seja como funcionários estatutários ou como empregados públicos, via CLT.

Alterações recentes no trabalho e na formação dos ACS: PNAB 2017, Lei 13595/2018 e Portaria 83/2018

Entre meados de 2017 e início de 2018, três documentos foram produzidos, aportando alterações significativas relativas às atribuições e à formação dos ACS: a PNAB 2017, a Portaria 83/2018 do Ministério da Saúde que trata da formação técnica em enfermagem dos agentes de saúde, e a Lei 13595 de 2018 que modificou a Lei 11350/2006, considerando os vetos presidenciais. Analisando em conjunto tais documentos e em relação aos discursos que os apresentam e defendem, percebemos a influência de duas ideias-força veiculadas publicamente pelos gestores do SUS, especialmente, no âmbito do Ministério da Saúde, pelo menos, desde 2016, quando foi realizado o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica. Tai ideias podem ser assim sintetizadas: 1) o ACS não é um trabalhador necessário em todos os contextos; 2) o ACS é pouco resolutivo.

As alterações promovidas por cada documento em consonância com cada uma dessas ideias-força são as seguintes:

- 1) **O ACS não é um trabalhador necessário em todos os contextos** – a não definição na PNAB 2017 do número mínimo de ACS por equipe de saúde da família e a previsão de financiamento federal para as equipes de atenção básica que não incluem ACS em sua composição mínima; o veto presidencial à Lei 13595, no item que definia a presença obrigatória dos ACS na estrutura da Atenção Básica;
- 2) **O ACS é pouco resolutivo** - a inclusão, pela PNAB 2017, de atividades típicas de enfermagem na lista de atribuições dos ACS (aferição de pressão arterial, medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar e realização de técnicas limpas de curativo); a instituição da formação técnica em enfermagem para os agentes comunitários de saúde e os agentes de endemias, conforme disposto na Portaria 83/2018 do MS; os vetos presidenciais interpostos à Lei 13595 de 2018, nos itens que demarcavam atribuições específicas dos ACS e ACE, e no que se referia à oferta da formação técnica em Agente Comunitário de Saúde.

A segunda ideia está diretamente articulada à primeira supondo que, para manter-se pertinente, o ACS deve assumir atribuições do campo clínico, características do acompanhamento de condições crônicas de saúde e procedimentos simplificados. Esta questão remete imediatamente à delimitação do escopo de práticas entre profissionais, mais especificamente do ACS em relação à corporação da enfermagem e evidencia conflitos que precisam ser enfrentados e repactuados.

Antes que se conclua que o ACS se tornou prescindível ou descaracterizado como um trabalhador comunitário, esse conjunto de preocupações deve nos conduzir ao diálogo com princípios estruturantes da reformulação do modelo de atenção à saúde. A ideia de um ACS pouco resolutivo evoca uma noção de resolutividade ainda apoiada numa concepção estreita da clínica, na qual a efetividade depende da assistência no seu sentido mais restrito, materializada em procedimentos simplificados, como é característico do perfil do agente comunitário em países da África, por exemplo (Christopher et al, 2011). Isto se dá em detrimento da perspectiva do cuidado integral e da compreensão do processo saúde-doença como expressão das determinações sociais.

A ideia de flexibilizar a presença dos ACS nas equipes, se posta em prática, desfigura uma diretriz da APS cujo sentido remete à conjugação entre: necessidades de saúde, territorialização, adscrição de clientela, vínculo e responsabilidade sanitária e

cuidado centrado na pessoa. A relativização da necessidade dos ACS nas equipes, associada à flexibilização de cobertura promovida pela nova PNAB, priva a APS da perspectiva de substituição do modelo de atenção e de ordenamento da rede, regredindo à modalidade tradicional de serviços básicos de saúde, organizados sob a lógica de atendimento “queixa-conduta”.

Supor que a resolutividade do ACS depende da incorporação de práticas clínicas, nos conduz a uma reflexão que evidentemente não se restringe a este profissional específico, mas ao sistema como um todo. Ainda que seja verdadeiro afirmar que se tem alcançado um deslocamento da atenção centrada no hospital para a APS, o mesmo não se pode afirmar em relação à estruturação do trabalho que se mantém fortemente orientado pela racionalidade biomédica. Mantida a crítica quanto aos limites desse modelo na produção de melhores níveis de qualidade de vida, não seria oportuno reinvestir no potencial do ACS de trazer, para o cuidado em saúde, práticas que valorizam as várias dimensões que condicionam o processo saúde-doença? Essa perspectiva impõe a permanente interação com o território, as condições de vida e a necessidade de ações transformadoras, ideias condizentes com o perfil de um trabalhador comunitário preparado para atuar na promoção da saúde, apoiar a clínica ampliada e subsidiar a organização social e a participação popular.

Essas ideias também se articulam com a questão da formação dos ACS. A Portaria 83 de janeiro de 2018, ao instituir as bases da formação técnica em enfermagem, para 250 mil ACS e ACE, coloca em prática o que parece ser um projeto de transformação, em larga escala, dos ACS em técnicos de enfermagem, desconsiderando a existência do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, publicado em 2004, pelo próprio MS em parceria com o MEC (BRASIL, 2004). As distorções implicadas nessa transformação ficam mais claras ao comparamos o perfil de conclusão dos respectivos cursos técnicos, segundo o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (BRASIL, 2016):

Curso	Perfil de conclusão
Técnico de ACS	Orienta e acompanha famílias e grupos em seus domicílios. Identifica e intervém nos múltiplos determinantes e condicionantes do processo saúde e doença, para a promoção da saúde e redução de riscos à saúde da coletividade. Realiza mapeamento e cadastramento de dados sociais, demográficos e de saúde. Desenvolve suas atividades norteadas pelas diretrizes, princípios e estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde.

	Promove comunicação entre equipe multidisciplinar, unidade de saúde, autoridades e comunidade.
Técnico de enfermagem	Realiza curativos, administração de medicamentos e vacinas, nebulizações, banho de leito, mensuração antropométrica e verificação de sinais vitais. Auxilia a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação no processo saúde-doença. Prepara o paciente para os procedimentos de saúde. Presta assistência de enfermagem a pacientes clínicos e cirúrgicos e gravemente enfermos. Aplica as normas de biossegurança.

Percebe-se que o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde projeta um perfil de atividades complexas, localizadas na interface entre a área social - com ênfase na educação e na comunicação - e a clínica/epidemiologia. Do ponto de vista do conhecimento e da perspectiva política, requisita a compreensão dos determinantes sociais e da dinâmica de produção da vida e dos problemas de saúde específicos dos territórios de atuação, bem como prevê o desenvolvimento da capacidade de articulação com as instituições de saúde e de outras áreas. Tem interface com a clínica, mas predomina a direcionalidade da prevenção e da promoção da saúde.

O Curso Técnico de Enfermagem projeta um perfil de atividades ligadas à assistência clínica, com ênfase nas práticas de enfermagem. Do ponto de vista do conhecimento, requer a compreensão da assistência à saúde, visando o domínio de técnicas de apoio, preparação e acompanhamento dos procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Diante desse novo perfil, a condição de morador da comunidade, exigida aos ACS e mantida nos documentos normativos em análise responde, sobretudo, ao interesse institucional em ter um trabalhador apto a circular nos territórios e a acessar os domicílios. Isso se dá em detrimento da valorização de seu poder de compreender a dinâmica de vida nesses territórios e colocar esse conhecimento em articulação com as necessidades das pessoas/coletividade e levando o potencial de atuação dos serviços.

A escolha pela formação em enfermagem indica o propósito de ampliar a participação, na Atenção Básica, do perfil profissional e do escopo de práticas de base clínica, com caráter assistencial. Tem, portanto, a capacidade de impactar o ainda frágil processo de implementação de um novo modelo de atenção, e não somente o trabalho do ACS.

Além dessas alterações, a PNAB 2017 define atribuições comuns entre ACS e ACE, justificada pela necessidade de integrar a vigilância à atenção à saúde. Alguns argumentos colocados pelo próprio Ministro da Saúde referem-se à possibilidade de fazer um uso mais racional da presença dos agentes no território. O risco parece ser de sobrecarga de um agente pelo trabalho do outro e uma possível redução de postos de trabalho. Diante da proposta de formação em enfermagem, este risco parece agravado pela criação iminente de um trabalhador sobre o qual irão se sobrepor três escopos de práticas: do ACS, do ACE e do técnico de enfermagem.

Conhecendo os desafios e construindo uma pauta de enfrentamentos

No tocante às relações com o modelo de atenção à saúde e à organização do processo de trabalho na AB, cabe-nos, na condição de profissionais e pesquisadores do campo da Atenção Primária à Saúde, exercitar a construção de propostas que contemplem as seguintes questões:

1. A pertinência do trabalho dos ACS nos mais diferentes contextos alcançados e aos quais ainda se pretende fazer chegar a ESF, precisa ser analisada considerando a perspectiva da universalidade e da equidade. Tomando a educação em saúde como o eixo principal do trabalho dos ACS, indagamos: como este trabalho pode ser qualificado de modo a atender diferentes configurações da vida e relações sociais nos diversos territórios e contextos nos quais o processo saúde-doença se constrói e se expressa?
2. As necessidades de modificação do trabalho dos ACS, considerando as mudanças no perfil demográfico e de morbimortalidade da população brasileira se confirmam? Como garantir que esse movimento de mudanças não seja capturado pela primazia das doenças e a hegemonia do pensamento biomédico?
3. **A noção de resolutividade a partir da qual o trabalho do ACS vem sendo desqualificado merece reflexão crítica.** Se se confirma a adesão à compreensão do processo saúde-doença como relativo às múltiplas dimensões da vida humana, com expressões individuais e coletivas, a noção de resolutividade que orienta as diretrizes da AB precisa expressar

essa compreensão. São coerentes com esse pensamento, as noções de clínica ampliada e de cuidado integral que contemplam o trabalho de educação em saúde e a compreensão da dinâmica da vida nos territórios como partes integrantes e estratégicas do processo de atenção à saúde.

4. A resolutividade, na perspectiva de uma APS forte, concebida como porta de entrada de um sistema universal e eixo organizador do cuidado, parte de uma rede integrada de atenção à saúde, requer que se atente para a necessidade de garantia do acesso a outros níveis de atenção. Este tem demonstrado ser um ponto crítico tanto para o trabalho dos ACS, quanto das equipes da ESF como um todo;
5. Que formação pode preparar esse trabalhador para a complexidade do trabalho requerido para a consolidação de uma APS forte, de uma clínica ampliada e do cuidado integral? Os Referenciais Curriculares do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde continuam válidos como referência para uma política de formação desses trabalhadores? Se sim, o que precisa ser modificado considerando os anos transcorridos desde a sua publicação em 2004?

É importante que a reflexão sobre essas questões seja inserida num contexto maior de análise e discussão do processo de trabalho das equipes da ESF das atribuições de seus integrantes e dos arranjos institucionais que apoiam a ESF, em particular os NASF, considerando a necessidade de articularmos a perspectiva de ampliação de cobertura à perspectiva de reconfiguração do modelo de atenção.

Quanto à construção de uma pauta de enfrentamentos relativos ao campo do trabalho do ACS, o primeiro ponto a destacar é a compreensão de que, num ambiente democrático que valoriza a participação social, esta pauta precisa ser construída a partir do diálogo com os trabalhadores.

Estamos diante de uma categoria profissional bastante organizada ainda que dispersa e pressionada pela conjuntura de ameaças que atingem todos os trabalhadores e afetam os direitos sociais de um modo geral. Devemos manter registrado que, entre 2017 e o início de 2018, já se somam três documentos político-normativos que incidem diretamente sobre o trabalho e a formação do ACS.

Destacamos como possíveis caminhos de enfrentamento aos desafios discutidos ao longo deste texto, as seguintes indicações:

- a) A reversão das mudanças propostas pela PNAB 2017 e convocação de fóruns participativos para a proposição de uma nova PNAB;
- b) A revogação imediata da Portaria 83/2018 do MS (Profags);
- c) A destinação dos recursos financeiros, previstos na referida portaria, para a oferta do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde em escala nacional, pelas ETSUS e pelas escolas da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica;
- d) A promoção de fóruns específicos para a discussão das atribuições, do perfil profissional e do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Ressalva-se que esta discussão deveria se dar de modo articulado com um processo mais geral de discussão do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e das atribuições comuns e específicas dos diferentes profissionais.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.886/GM* de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 11-13, 22 dez. 1997.

_____. *Lei nº 10.507* de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde. Brasília, DF, 2004.

_____. *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 fev. 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006a.

_____. *Portaria nº 648*, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde*, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab> Acesso em: 16 ago. 2016.

_____. Ministério da Educação. *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos*. Brasília, DF: Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica, Ministério da Educação, 2016, 3ª ed.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436*, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 30 nov. 2017

_____. *Lei 13595* de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei 11350, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e condições de trabalho e outras definições sobre o trabalho dos ACS e ACE. Brasília, DF, 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria N. 83* de 10 de janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde – Profags. Brasília, DF, 2018.

CHRISTOPHER, J. B., LE MAY, A., LEWIN, S., & ROSS, D. A.. Thirty years after Alma-Ata: A systematic review of the impact of community health workers delivering curative interventions against malaria, pneumonia and diarrhoea on child mortality and morbidity in sub-Saharan Africa. *Human Resources for Health*, n. 9, v. 27, p. 2–11, 2011.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. A interação entre avaliação e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 343-357, 2014

PINTO, I.C.M. *et al.* Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil. *Relatório de Pesquisa*. Salvador: Ministério da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde coletiva, 2015. 430p.

RAMOS, M. N. *et al.* Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências. *Relatório de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Observatório dos Técnicos em Saúde da Rede de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

SANO, H.; ABRUCIO. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Rev. Adm. empresa*. [Online]. 48 (3): 64-80, 2008.

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