

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Jose Henrique de Lacerda Furtado

DILEMAS E CONTRADIÇÕES DA REESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE
TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SEUS EFEITOS PARA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Rio de Janeiro

2020

Jose Henrique de Lacerda Furtado

DILEMAS E CONTRADIÇÕES DA REESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE
TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SEUS EFEITOS PARA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Márcia Cavalcanti
Raposos Lopes

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

F992d Furtado, José Henrique de Lacerda
Dilemas e contradições da reestruturação do
processo de trabalho dos agentes comunitários de
saúde e seus efeitos para atenção primária à
saúde / José Henrique de Lacerda Furtado. - Rio
de Janeiro, 2020.
174 f.

Orientadora: Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
Profissional em Saúde, 2020.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Sistema Único
de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde da
Família. I. Lopes, Márcia Cavalcanti Raposo.
II. Título.

CDD 362.10425

Jose Henrique de Lacerda Furtado

DILEMAS E CONTRADIÇÕES DA REESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE
TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SEUS EFEITOS PARA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 10/06/2020

BANCA EXAMINADORA

(Professora Doutora Márcia Cavalcanti Raposo Lopes – FIOCRUZ/EPJSV)

(Professora Doutora Danielle Ribeiro de Moraes – FIOCRUZ/EPJSV)

(Professora Doutora Adelyne Maria Mendes Pereira – FIOCRUZ/ENSP)

*Dedico este trabalho à minha mãe, Maria
Jose.
Minha eterna heroína e meu eterno exemplo
de vida e perseverança!*

AGRADECIMENTOS

Ao chegar ao final de mais essa jornada, não me admiro que sejam muitos agradecimentos a serem feitos...

O ingresso neste curso de mestrado, por si só, já representa uma importante conquista a ser comemorada. E não só por mim, mas por todos aqueles (as) que ao longo de toda minha vida estiveram ao meu lado, buscando criar condições em meio à falta de oportunidades de estudo, me incentivando a persistir em meio à tantas adversidades, e me apoiando durante esse período tão exaustivo e, ao mesmo tempo, tão gratificante.

Sendo assim, agradeço de todo o meu coração...

À minha mãe, Maria José de Lacerda. Minha heroína e meu eterno exemplo de vida e perseverança. Mulher, guerreira, de pouco estudo, que criou quatro filhos praticamente sozinha em meio a tantas dificuldades. Que mesmo em meio a tantas adversidades, batalhou muito, não só para me criar mas, para buscar condições que permitissem a mim e à minhas irmãs e irmão, alçar voos mais altos. Eu não seria nada sem essa mulher na minha vida!!!

Às minhas irmãs Francisca e Renata e ao meu irmão Jose Mario, que sempre estiveram ao meu lado durante toda essa jornada. Me dando força para superar os obstáculos e enfrentar as minhas “novelas” de cada dia. Vocês são e sempre serão o meu porto seguro.

Aos meus familiares e amigos (as) mais próximos, que acompanharam todo esse processo de perto, me dando força para prosseguir.

Às minhas professoras da época da graduação em Enfermagem, no Centro Universitário de Barra Mansa-RJ, enfermeiras Sueli Soldati Abranches e Sheila Rodrigues Dias Filgueiras, que sempre se dedicaram à missão da docência de forma encantadora. Que me apresentaram à Estratégia de Saúde da Família de uma forma tão entusiástica. Que viabilizaram os meus primeiros contatos com o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde, sempre ressaltando a importância do protagonismo dessas (es) trabalhadoras (es) nesse contexto.

Aos colegas de trabalho do Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ) - Campus Pinheiral-RJ, que muito me incentivaram a buscar o Mestrado. Em especial, à toda equipe de direção do Campus, que se mostraram sensíveis diante do meu desejo de ingressar nessa empreitada, viabilizando condições para que essa jornada fosse possível.

À turma 2018 do Curso de Mestrado em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ). Muito obrigado por me acolher de forma tão afetuosa, por me fazer refletir sobre a vida. Por

me oportunizarem debates tão ricos acerca de tantos assuntos, alguns que eu jamais imaginava discutir um dia. Cada um de vocês me ensinou muito, e espero que esse aprendizado coletivo se perpetue ao longo de nossas vidas.

A todos os trabalhadores e trabalhadoras da EPSJV/FIOCRUZ, que viabilizaram a materialização do acesso à uma educação pública de qualidade. Em especial, à secretária do Programa de pós-graduação Micheli da Silva Freitas de Abreu, que sempre esteve na linha de frente desse programa, me acolhendo de forma tão gentil e afetuosa durante toda essa jornada, me dando força e ajudando a superar os diversos obstáculos ao longo desses dois anos.

Ao secretário Municipal de Saúde de Pinheiral-RJ, Everton da Silva Alvim, que em conjunto com a coordenação de APS, acreditaram no projeto de pesquisa, me recebendo de portas abertas no município.

Ao Centro de Saúde Renascer- Unidade Pinheiral-RJ, em especial à diretora da unidade Regina Helena Monerat Celes, que cedeu o espaço para que as entrevistas com os/as ACS fossem realizadas em um ambiente calmo e tranquilo, de forma que a identidade dessas (es) trabalhadoras (es) pudessem ser preservadas.

Aos trabalhadores e trabalhadoras ACS do município de Pinheiral-RJ, sem os quais esse projeto de pesquisa não faria sentido algum. Que me receberam de braços abertos para refletirmos juntos acerca do trabalho desenvolvido por eles.

Às minhas amigas Amanda, Maria Clara, Marianna e Rebeca, que conheço há tão pouco tempo, mas que já fazem parte da minha vida por inteiro. Que sempre compreenderam minha ausência, me apoiando e incentivando a seguir sempre... A caminhada se tornou muito mais suave com a presença de vocês na minha vida. Ainda que virtual nos últimos meses...rs...

Às minhas amigas e companheiras de trabalho do Serviço de Saúde do IFRJ-Campus Pinheiral, Ana Paula e Haíla, que sempre estiveram ao meu lado durante toda essa jornada. Muitas vezes se desdobrando para que eu pudesse dar conta de mais essa empreitada. O apoio e incentivo de vocês foi imprescindível para tudo isso fosse possível. Muito obrigado!!!

Ao meu companheiro Caio Ramon Queiroz, que também esteve sempre ao meu lado durante toda essa jornada. Que desde a busca pelo programa de pós graduação, acreditou que era possível, às vezes mais do que eu até. Que comemorou comigo cada conquista alcançada, que me ajudou a superar cada dificuldade encontrada pelo caminho. Agradeço imensamente por aturar meus desabafos ao longo dos últimos meses, minhas alterações de humor que não foram poucas. Sempre me fazendo refletir sobre a importância de cada experiência vivenciada ao longo desse processo. Meu muito obrigado!!!

Às professoras que compuseram a minha banca de qualificação, Adelyne Maria Mendes Pereira e Angélica Ferreira Fonseca, que além das aulas ministradas ao longo desse processo formativo tão enriquecedor, acolheram as minhas inquietações e tanto contribuíram para que o projeto de pesquisa se tornasse viável.

E claro, não poderia faltar o meu agradecimento especial à minha orientadora Prof^a Marcia Lopes. Obrigado por ter me acolhido e conduzido o processo de orientação de uma forma tão afetuosa e enriquecedora. Por entender e ter me ajudado a superar as diversas dificuldades encontradas ao longo do percurso. Por ter me deixado livre na escolha dos caminhos a trilhar porém, estando sempre disponível, me amparando e fazendo valiosas contribuições ao logo dessa jornada. Foi uma caminhada incrível, de muito aprendizado, em que sou muito grato por poder ter contado com a sua experiência e generosidade nesse processo.

Muito obrigado!!!

RESUMO

O presente estudo, desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa, traz como objetivo principal analisar os efeitos que as recentes mudanças, advindas da reformulação da PNAB e da legislação que norteiam a atuação dos ACS, provocam no processo de trabalho destes profissionais e no desenvolvimento de uma APS abrangente. Os ACS foram instituídos no sistema público de saúde, adquirindo papel estratégico para o desenvolvimento dos programas implementados a partir da década de 1990, sendo incorporados às equipes de saúde para atuarem como um elo entre a comunidade e os serviços. Apesar disso, recentemente eles vêm sofrendo uma série de ataques com a reformulação da política e da legislação que norteiam a sua atuação. Essas mudanças preconizadas, além de colocarem em risco a sua subsistência no SUS, tendem a reconfigurar/descaracterizar o seu processo de trabalho, podendo gerar uma série de implicações no seu cotidiano e na resolutividade da APS. Sendo assim, este estudo foi desenvolvido a partir uma revisão bibliográfica e documental, associada a um estudo de campo, através da aplicação de um questionário de caracterização do perfil dos ACS e realização de entrevistas semiestruturadas com ACS e gestão da APS do município de Pinheiral- RJ. A partir dos resultados obtidos na pesquisa, percebemos um movimento de descaracterização progressiva do trabalho desenvolvido por essas profissionais, ao longo dos anos. Houve uma gradativa ampliação dos seu escopo de práticas, associada à burocratização do seu trabalho. Tudo isso, além de impactar no redirecionamento do sentido do trabalho dessas profissionais, produz diversos efeitos na motivação dessas trabalhadoras e na qualidade do trabalho desenvolvido na APS. Portanto, acreditamos que a nova PNAB tenha promovido uma intensificação de questões que já estavam presentes no cotidiano de trabalho dessas profissionais. O documento retoma uma racionalidade biomédica de atenção à saúde, que nos remete à uma concepção de APS extremamente focalizada e seletiva, muito defendida pelos organismos internacionais, que entende a saúde muito mais como um fenômeno biológico e natural, do que a expressão das suas múltiplas determinações. Ressaltamos ainda, os diversos fatores que podem interferir nesse processo, e a necessidade e urgência da instituição de mecanismos efetivos de resistência e luta pelo resgate do papel essencialmente proposto para estas profissionais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Processo de Trabalho.

ABSTRACT

The present study, developed from a qualitative approach, has as main objective to analyze the effects that the recent changes, resulting from the reformulation of the PNAB and the legislation that guide the performance of the CHA, cause in the work process of these professionals and in the development of comprehensive PHC. The CHA were established in the public health system, acquiring a strategic role for the development of the programs implemented since the 1990s, being incorporated into the health teams to act as a link between the community and the services. Despite this, recently they have been suffering a series of attacks with the reformulation of the policy and legislation that guide their activities. These recommended changes, in addition to putting their subsistence in the SUS at risk, tend to reconfigure / mischaracterize their work process, which can generate a series of implications in their daily lives and in resolving PHC. Therefore, this study was developed from a bibliographic and documentary review, associated with a field study, through the application of a questionnaire to characterize the profile of the CHA and conduct semi-structured interviews with CHA and PHC management in the municipality of Pinheiral- RJ. From the results obtained in the research, we noticed a movement of progressive characterization of the work developed by these professionals, over the years. There was a gradual expansion of its scope of practices, associated with the bureaucratization of its work. All of this, in addition to impacting the redirection of the meaning of the work of these professionals, has several effects on the motivation of these workers and on the quality of the work developed in PHC. Therefore, we believe that the new PNAB has promoted an intensification of issues that were already present in the daily work of these professionals. The document resumes a biomedical rationality of health care, which brings us to a concept of PHC that is extremely focused and selective, much defended by international organizations, which understands health much more as a biological and natural phenomenon, than the expression of its multiple determinations. We also emphasize the various factors that can interfere in this process, and the need and urgency for the institution of effective mechanisms of resistance and fight for the rescue of the role essentially proposed for these professionals.

Keywords: Primary Health Care; Community Health Agent; Work process.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Mapa das Regiões de Governo e Municípios do Estado do Rio de Janeiro-2019	92
Ilustração 2 – Gráfico com a evolução do Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) no município de Pinheiral nos anos de 1991-2000-2010.	94

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Estrutura de saúde existente no município de Pinheiral-RJ, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 2020.	95
QUADRO 2 - Unidades de Saúde da Família existentes no município de Pinheiral-RJ e respectivos números de pessoas por unidade em 2018.	98
QUADRO 3 - Número de microáreas por USF do município de Pinheiral-RJ, distribuição dos ACS unidades e seus respectivos quantitativo de pessoas/ACS.....	108

LISTA DE SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ABS	-	Atenção Básica à Saúde
ABS/APS	-	Atenção Básica à Saúde e Atenção Primária à Saúde
ACE	-	Agente de Combate de Endemias
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
APAE	-	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	-	Atenção Primária à Saúde
APSS	-	Atenção Primária à Saúde Seletiva
BM	-	Banco Mundial
CAAE	-	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPERJ	-	Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro
CF	-	Constituição Federal
CIT	-	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	-	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	-	Conferência Nacional de Saúde
CONEP	-	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CS	-	Centros de Saúde
DAB	-	Departamento de Atenção Básica
eAB	-	equipe de Atenção Básica
eAP	-	equipe de Atenção Primária
EC	-	Emenda Constitucional
EPSJV/FIOCRUZ	-	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-Fundação Oswaldo Cruz
ESB	-	Equipe de Saúde Bucal
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
eSF	-	equipe de Saúde da Família
FHC	-	Fernando Henrique Cardoso
FJP	-	Fundação João Pinheiro
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM	-	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFRJ	-	Instituto Federal do Rio de Janeiro
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDB	-	Movimento Democrático Brasileiro
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	-	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NGP	-	Nova Gestão Pública
NOB SUS	-	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OI	-	Organismos Internacionais
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Pan-americana de Saúde
OS	-	Organizações Sociais
PAB	-	Piso de Atenção Básica
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	-	Programa Bolsa Família
PEC	-	Proposta de Emenda Constitucional
PIASS	-	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ	-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ-AB	-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	-	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNUD	-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROESF	-	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	-	Programa de Saúde da Família
PT	-	Partido dos Trabalhadores
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
RPA	-	Recibo de Pagamento a Autônomo
RS	-	Reforma Sanitária
RSB	-	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP	-	Serviço Especial de Saúde Pública

SF	-	Saúde da Família
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	-	Unidade de Serviço
USF	-	Unidade de Saúde da Família
VD	-	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS.....	22
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CENÁRIO INTERNACIONAL: um breve resgate histórico 22	
1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um debate ainda em construção.....	25
1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: revisitando alguns conceitos e atributos característicos de uma APS abrangente	30
1.4 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A CONQUISTA DE UM NOVO SISTEMA DE SAÚDE: como fica a Atenção Primária à Saúde nesse novo contexto?	34
1.4.1 Entre avanços e desafios do Sistema Único de Saúde: os meandros da construção de um novo sistema de saúde com base na Atenção Primária à Saúde.	39
1.4.2 Entre avanços e desafios do Sistema Único de Saúde: como fica a Atenção Primária à Saúde no cenário brasileiro nos anos 2000?	45
1.5 A SAÚDE BRASILEIRA EM TEMPOS DE RETROCESSOS: Para onde caminha a saúde no Brasil?	53
1.5.1 A conjuntura nacional e seus reflexos na Política Nacional de Atenção Básica.....	56
CAPÍTULO 2 - O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA INSERÇÃO NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: INSTITUINDO UMA NOVA CATEGORIA PROFISSIONAL	61
2.1 O ACS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: um breve resgate histórico	63
2.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A CENTRALIDADE DO SEU PAPEL NA ESF.....	77
CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO.....	83
CAPÍTULO 4 – A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O POTENCIAL PARA MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL: ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA	90
4.1 CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DE PESQUISA: de Vila do Pinheiro à Pinheiral	91
4.2 O CENÁRIO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHEIRAL-RJ: entre avanços e desafios	96
4.3 CARACTERIZANDO O PERFIL DAS (OS) AGENTES COMUNITÁRIAS (OS) DE SAÚDE DE PINHEIRAL.....	111
4.4 DESVELANDO UM RELICÁRIO DE SONHOS E FRUSTRAÇÕES: com a palavra as trabalhadoras e trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde do município de Pinheiral-RJ.....	114
4.4.1. As mudanças no sentido do trabalho do ACS e seus efeitos para APS	115
4.4.2 Gestão do trabalho, qualificação e integração com a equipe	130
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICES.....	157
APÊNDICE A – Roteiro para realização da Entrevista com a gestora da ABS	157
APÊNDICE B - Questionário de Caracterização do perfil dos ACS.....	159
APÊNDICE C - Roteiro para realização das entrevistas com os ACS	161

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para o ACS	163
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para gestora	166
ANEXOS	169
ANEXO A – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Pinheiral	169
ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio	170

INTRODUÇÃO

O interesse por esta temática surge das minhas inquietações enquanto cidadão e profissional de saúde, que acredita no Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema de saúde universal possível e necessário. Sobretudo, no contexto brasileiro atual, em que vivenciamos um acelerado processo de desmonte das políticas públicas e um aprofundamento das desigualdades sociais no país.

Além disso, a escolha do tema “os efeitos das mudanças instituídas no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)” remete ainda, às minhas experiências formativas e profissionais vivenciadas ao longo da minha trajetória acadêmica e profissional.

Ainda durante a graduação em enfermagem, entre os anos de 2006 e 2010, tive a oportunidade de participar de um projeto desenvolvido pelo Centro Universitário de Barra Mansa-RJ, vinculado ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde¹. Neste projeto, tive a oportunidade de acompanhar o cotidiano de trabalho das equipes de Saúde da Família (SF) do município de Barra Mansa-RJ, mais especificamente acompanhando as ações desenvolvidas pelos ACS dessas equipes. Na ocasião, embora eu ainda estivesse iniciando meus primeiros contatos com o trabalho desenvolvido por esses trabalhadores, era possível perceber a importância dos mesmos, não só para a construção do vínculo com a comunidade, mas para o reconhecimento das demandas existentes no território, das reais necessidades da população, favorecendo com que o reconhecimento da determinação social do processo de saúde e doença fosse possível.

Embora ao longo de toda a minha trajetória profissional, eu tenha atuado em instituições pertencentes ao sistema público de saúde, somente em 2017 tive a oportunidade de enfim, atuar na APS. Ingressei através de concurso público para atuar como Enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em um município do interior do estado do Rio de Janeiro. Fui direcionado para atuar em uma UBS com infraestrutura precária, sem condições adequadas de trabalho, em um local distante do centro da cidade, para assistir à uma população extremamente vulnerável socioeconomicamente. Além disso, minha equipe de

¹O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde foi implementado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, como trabalho conjunto entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a Secretaria de Educação Superior (SESu) e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O programa tinha como objetivo principal “incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença” (BRASIL, 2007, p. 17), com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população (BATISTA *et al.*, 2015; BRASIL, 2007).

trabalho era extremamente reduzida, composta apenas por mim, uma auxiliar de enfermagem e um médico generalista que atendia uma vez por semana. Ao longo de todo tempo que permaneci à frente da unidade, me senti limitado por não conseguir desenvolver ações que que pudessem atender efetivamente às necessidades daquela população. Não conseguia sequer chegar perto de realizar um diagnóstico de saúde do meu território, sentia dificuldade na construção do vínculo com a comunidade, no reconhecimento da dinâmica comunitária, no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos de forma qualificada. Isso, sem falar na enorme dificuldade de promover articulação com os outros níveis de atenção, e junto a outros setores necessários para atender às necessidades identificadas.

Essa experiência me fez refletir ainda mais sobre a importância e a potência do trabalho do ACS, gerando ainda mais inquietações, o que me fez buscar o Curso de Mestrado profissional em Educação profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), a fim de aprofundar meus estudos. Eu ansiava por entender melhor essas e outras questões relacionadas às políticas de saúde e educação, e à formação profissional dos trabalhadores do SUS.

Ao longo do curso, tive a oportunidade de participar de diversas discussões, que viabilizaram a reflexão acerca da temática abordada, instrumentalizando a construção do presente estudo.

A conquista do direito à saúde, legitimada na Constituição Federal (CF) brasileira em 1988, inaugurou no país uma nova forma de organização da oferta dos serviços de saúde à população. Na perspectiva da saúde como um direito universal, o SUS foi implantado no país, adotando a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia principal de ampliação do acesso aos serviços oferecidos.

Na busca pela implementação dos princípios e diretrizes formulados pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), o esforço de construção desse novo modelo de atenção à saúde foi materializado na APS, através da implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao longo da década de 1990 (MELO *et al.*, 2018).

Com o passar dos anos, a ESF foi ganhando espaço nas agendas de governo, chegando ao final dos anos 1990, como a principal estratégia utilizada para organização dos sistemas municipais de saúde. Neste contexto, os ACS emergiram como uma nova categoria profissional instituída no SUS, constituindo-se como elementos chave para a efetivação das políticas de saúde no país. A partir do papel mediador comunitário proposto para esses

profissionais, esperava-se que o seu trabalho promovesse uma aproximação entre a comunidade e a equipe de saúde, possibilitando uma visão mais abrangente acerca dos problemas sociais enfrentados no território (PEREIRA; LINHARES, 2007).

Sendo assim, os documentos que nortearam a prática profissional dos ACS inicialmente, preconizavam que o trabalho desenvolvido por estes profissionais, deveria caminhar no sentido de favorecer a construção do vínculo com a comunidade, o reconhecimento da dinâmica de vida no território e a mediação entre os saberes e práticas ali instituídos. Além disso, reforçava-se a dimensão educativa do trabalho a ser desenvolvido por esses profissionais, em que as ações de educação em saúde deveriam ser desenvolvidas de modo que estimulasse a mobilização política da comunidade, a participação social e a construção coletiva de estratégias de cuidado, a fim de que as reais necessidades da população pudessem ser atendidas (CORBO; MOROSINI, PONTES, 2007).

No entanto, embora o trabalho desenvolvido por eles tenha sido colocado em posição de destaque na APS, ao longo dos anos, foi possível observar um processo de redirecionamento progressivo das suas diretrizes de trabalho. O seu escopo de práticas foi sendo ampliado gradativamente, ocorrendo uma verdadeira mudança de sentido do trabalho desses profissionais (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Além da inclusão de atribuições cada vez mais voltadas para ações de cunho burocrático, a lógica instituída para avaliação do trabalho dos ACS, passou a limitar o desenvolvimento das ações essencialmente propostas para estes profissionais. Nessa perspectiva, além de menos tempo para o desenvolvimento do seu trabalho na comunidade, o trabalho desenvolvido pelo ACS passa a ser, gradativamente, orientado por uma racionalidade que atende a propósitos muito específicos, que remetem muito mais à uma lógica gerencialista, preocupada com atenção aos indicadores e metas estabelecidos assim como na iniciativa privada, e menos aos princípios estruturantes da ESF (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Isso se agrava ainda mais no cenário brasileiro atual, em que vivenciamos um processo acelerado de desmonte das políticas públicas no país, e uma progressiva retirada de direitos conquistados pela classe trabalhadora.

Neste contexto, estes profissionais vêm sofrendo uma série de ataques que não só, tendem a descaracterizar o seu processo de trabalho mas também, colocam em xeque, até mesmo, a sua própria existência enquanto profissionais do SUS.

Além da aprovação da emenda constitucional nº 95/2016, que restringe os recursos a serem direcionados aos investimentos em políticas sociais, o Ministério da Saúde (MS)

empreendeu diversas mudanças no documento norteador da APS no país, com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017. O novo documento, além de estabelecer novos arranjos para organização da APS nos municípios, relativiza a importância dos ACS, ao passar a prever também, o financiamento para equipes que não possuam esses profissionais em sua composição. Somam-se ainda nesse contexto, a aprovação das regressivas contrarreformas trabalhista e da previdência, e o processo de desvalorização e desqualificação de diversas categorias profissionais, empreendido pelo próprio governo em curso no país. Sobretudo, no que diz respeito ao funcionalismo público.

Com discursos pautados na otimização e no questionável aumento da resolutividade do trabalho realizado pelos agentes de saúde, as recentes normativas do MS propõem mudanças expressivas nas atribuições dos ACS, trazendo diversos retrocessos para o trabalho desenvolvido por estes profissionais.

Sob alegação de uma pretensa baixa resolutividade do trabalho desempenhado pelos ACS, a nova PNAB passa a prever para eles atribuições do campo clínico como a aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, verificação de temperatura axilar e realização de técnicas limpas de curativo, antes desenvolvidas por outras categorias profissionais.

Conforme salientam Morosini e Fonseca (2018, p. 269)

A ideia de um ACS pouco resolutivo evoca uma noção de resolutividade ainda apoiada em uma concepção estreita da clínica, na qual a efetividade depende da assistência no seu sentido mais restrito, materializada em procedimentos simplificados. [...] Isso se dá em detrimento da perspectiva do cuidado integral e da compreensão do processo saúde-doença como expressão das determinações sociais.

Assim, essas mudanças preconizadas pela nova PNAB, além de colocarem em risco a subsistência dos ACS enquanto categoria profissional do sistema público de saúde, tendem a reconfigurar/descharacterizar o papel até então proposto para estes profissionais, podendo gerar uma série de implicações no seu cotidiano e na resolutividade do seu trabalho.

No entanto, é válido pontuar a singularidade das gestões municipais na implementação dessas proposições a nível local. Todo esse processo de mudança está imbricado em uma série de questões que podem fazer com que o cotidiano de trabalho possa mudar mais em alguns aspectos do que em outros, influenciados não só pela maneira como a gestão municipal integra essas mudanças propostas pelas legislações, mas também, pela correlação de forças existente entre os trabalhadores e a gestão municipal.

A forma como os ACS se organizam e reagem ao que é proposto, o processo formativo desses trabalhadores, a forma como se relacionam com a comunidade, todas essas

questões podem, de fato, influenciar na materialização ou não do que é proposto pela legislação.

Sendo assim, considerando então a reconhecida importância dos ACS como elemento imprescindível para o fortalecimento de uma APS abrangente, elaboramos algumas questões centrais, que direcionaram o desenvolvimento deste estudo.

- ❖ Quais as principais mudanças ocorridas nas atribuições dos ACS nos últimos anos?
- ❖ Como tem se dado a incorporação dessas mudanças no cotidiano de trabalho dos ACS que atuam no município de Pinheiral-RJ?
- ❖ Quais as implicações que essas mudanças nas atribuições dos ACS provocam, efetivamente, no seu processo de trabalho?

Acredita-se que a temática abordada encontra-se com diversas lacunas ainda a serem exploradas. Sobretudo, em face a contemporaneidade das mudanças preconizadas na revisão dos documentos que norteiam a APS e, o modo como elas tem sido incorporadas a nível local. Espera-se que o desenvolvimento do presente estudo possa viabilizar reflexões acerca do assunto, favorecendo a construção de conhecimento em relação às consequências dessas mudanças instituídas no processo de trabalho dos ACS.

Na tentativa de buscarmos responder aos questionamentos levantados, estabelecemos como objetivo geral do presente estudo:

- ❖ Analisar os efeitos que as recentes mudanças, advindas da reformulação da PNAB e da legislação que norteiam a atuação dos ACS, provocam no processo de trabalho destes profissionais e no desenvolvimento de uma APS abrangente.

Dessa forma, para que fosse possível o alcance do objetivo geral proposto, estabelecemos como objetivos específicos:

- ❖ Identificar as principais mudanças nas atribuições dos ACS, ocorridas em função do contexto de reformas recentes;
- ❖ Caracterizar como tem se dado a incorporação destas mudanças no cotidiano de trabalho do ACS a nível local;
- ❖ Analisar os possíveis efeitos advindos da incorporação dessas mudanças no processo de trabalho do ACS;

Dessa forma, no capítulo 1 apresentamos um breve resgate histórico-conceitual acerca da APS, resgatando alguns de seus marcos históricos, a nível internacional e nacional, e o cenário de disputa de interesses que foi se desenhando reiteradamente ao longo do processo

de adoção da mesma como uma estratégia fundamental de reorientação dos modelos de atenção à saúde.

No capítulo 2, além de resgatar o processo histórico de inserção dos ACS nas políticas públicas de saúde no Brasil, buscamos apresentar a importância do papel essencialmente proposto para este profissional, e o caráter regressivo adotado com as mudanças que vêm ocorrendo no seu processo de trabalho nos últimos anos.

No capítulo 3, apresentamos o percurso metodológico adotado para a construção deste estudo. Nesta seção, descrevemos os caminhos percorridos, as opções metodológicas adotadas, apresentamos brevemente o cenário eleito para desenvolvimento do estudo de campo, os participantes envolvidos e as dificuldades encontradas ao longo do mesmo.

O capítulo 4, foi dividido em quatro seções. Na primeira seção, abordamos um breve resgate da história do município de Pinheiral-RJ, com o intuito de situar melhor o leitor acerca das características do município. Na segunda, apresentamos uma descrição do cenário de APS encontrado na época da pesquisa. A terceira, aborda o perfil das trabalhadoras e trabalhadores ACS atuantes no sistema de saúde de Pinheiral-RJ. E por fim, a quarta e última parte, aborda a análise propriamente dita, das entrevistas realizadas com os/as trabalhadores (as) ACS do município.

Ao final, buscamos sintetizar no item 5, as considerações finais a respeito do estudo desenvolvido. Apresentamos alguns dos dilemas e contradições identificados, e as nossas impressões acerca dos possíveis efeitos das mudanças instituídas no processo de trabalho dos ACS nos últimos anos.

CAPÍTULO 1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido reconhecida, internacionalmente, como “uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população” (MATTA; MOROSINI, 2009, p. 44).

Conforme destacam Fausto e Matta (2007), ela tem sido apresentada como um modelo assistencial² adotado por diversos países a partir da década de 1960, objetivando não só, proporcionar a ampliação do acesso ao sistema de saúde, mas também, “tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático” (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 44).

É a partir dessa perspectiva que damos início ao capítulo de entrada do presente estudo. Considerando que a saúde é construída social e historicamente, julgamos ser de extrema relevância revisitar a historicidade da evolução das concepções de APS, resgatando alguns de seus marcos históricos, a nível internacional e nacional, e o cenário de disputa de interesses que foi se desenhando reiteradamente ao longo do processo de adoção da mesma como uma estratégia fundamental de reorientação dos modelos de atenção à saúde.

Embora não seja o propósito deste capítulo, a descrição pormenorizada deste processo histórico, este breve resgate histórico-conceitual nos fornecerá subsídios, que alicerçarão a compreensão dos diversos sentidos de APS existentes, das diversas concepções que, inclusive, ainda coexistem em um mesmo momento histórico e, dos principais aspectos que exerceram, e ainda exercem, forte influência na construção do modelo de atenção à saúde no país.

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CENÁRIO INTERNACIONAL: um breve resgate histórico

² Modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007, p. 27).

Embora Cueto (2004) sugira que o termo “atenção primária” provavelmente tenha sido utilizado pela primeira vez na década de 1970, no jornal *Contact*, da *Christian Medical Commission*³, Fausto e Matta (2007, p. 44) salientam que, em termos históricos

A idéia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, de outro, constituir-se em uma referência para organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade.

Utilizando o conceito de atenção primária em uma perspectiva que define a organização de um sistema de saúde que tem na regionalização, na integralidade, na hierarquização dos serviços de saúde por níveis de complexidade e na territorialização as suas características básicas, essa concepção elaborada pelo governo inglês, serviu de base para a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, ganhando ainda mais destaque a partir dos anos 1970 (MATTA; MOROSINI, 2009; LAVRAS, 2011).

Giovanella e Mendonça (2012) destacam o contexto mundial favorável à discussão de concepções de modelos mais abrangentes para a atenção à saúde nessa época. De acordo com as autoras, a década de 1970 foi marcada não só, pela predominância dos governos social-democratas nos países europeus, mas também, pelo fim das ditaduras em países como Espanha e Portugal, pela intensificação dos movimentos de libertação das colônias africanas e ainda, pelos movimentos de democratização dos países da América Latina.

Toda essa conjuntura internacional favorável propiciou então, a organização de uma conferência mundial de atenção primária, a qual, ficou conhecida como um marco histórico mundial da APS. Planejada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Conferência de Alma-Ata foi realizada em 1978, em Alma-Ata (Cazaquistão), contando com representantes de 134 governos e a participação de mais de três mil delegados. A referida conferência obteve como produto principal a aprovação do documento intitulado “Declaração de Alma-Ata”, que foi ratificado em 1979 pela assembleia geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Matta e Morosini (2009) acrescentam que nessa conferência foi proposta uma meta entre os países membros, que ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. Este

³ Organização criada no final da década de 1960, por médicos missionários que trabalhavam para o desenvolvimento de países pobres (CUETO, 2004).

acordo objetivava “atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS” (MATTA; MOROSINI, 2009, p. 46).

A declaração advogava uma definição de APS, ora chamada de cuidados primários de saúde, como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978).

Giovanella e Mendonça (2012), em referência ao documento elaborado em Alma-Ata, reiteram que nessa conferência

[...] a atenção primária à saúde foi entendida como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária orientado por princípios de solidariedade e equidade, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação e com foco na proteção e promoção da saúde. Em sua corrente mais filosófica, enfatizam-se as implicações políticas e sociais da Declaração de Alma Ata com destaque para a compreensão da saúde como direito humano e para a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Defende-se que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para poder alcançar equidade em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 10).

Portanto, o documento elaborado na conferência defende não só, a compreensão da saúde como um direito humano, mas também, a necessidade de que os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde passem a ser abordados. Sendo assim, ele afirma então, “a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 14).

Não é por acaso, portanto, que Matta e Morosini (2009) defendem que o documento se configura enquanto uma proposta de extrema importância, em um contexto muito maior do que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Para os autores, o documento “aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito

humano” (MATTA; MOROSINI, 2009, p. 47), corroborando com o exposto pelas autoras citadas anteriormente.

Embora as metas propostas pela Conferência de Alma-Ata nunca tenham sido alcançadas em sua plenitude, a APS acabou tornando-se a base fundamental para as reformas sanitárias ocorridas pelo mundo ao longo das décadas de 1980 e 1990 (MATTA; MOROSINI, 2009).

1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um debate ainda em construção

O debate acerca das concepções de APS que foram sendo construídas e implementadas ao longo dos anos, sempre foi permeado de interesses os mais diversos possíveis.

A própria declaração de Alma-Ata foi bastante criticada por alguns organismos internacionais (OI), sob alegação de ser um documento que, além de muito abrangente, era pouco propositivo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Neste sentido, Giovanella e Mendonça (2012) chamam atenção para a ausência de uniformidade para o emprego da expressão “Atenção Primária à Saúde (APS)”, sinalizando as suas principais linhas de interpretação:

1. programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços, denominada em inglês *selective primary care*; 2. um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; denominada em inglês *primary care*; 3. abrangente ou integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas; denominada em inglês *comprehensive primary health care*; 4. filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 14).

É oportuno ressaltar que durante a década de 1980, passou a ser hegemônica para diversas agências internacionais, como o Banco Mundial (BM) por exemplo, essa concepção de atenção primária à saúde seletiva (APSS), que preconizava uma “cesta restrita de serviços básicos selecionados, voltados à população em situação de maior pobreza” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 18).

Entende-se por APSS, conforme defendido por Giovanella e Mendonça (2012, p. 17)

[...] um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. Inicialmente proposta como estratégia interina e afirmada como

complementar às proposições de Alma-Ata, a APS seletiva difundiu-se, a partir de então, destinada a controlar apenas algumas doenças em países em desenvolvimento”.

Era predominante, portanto, uma concepção de APS que dava ênfase às ações tecnocráticas e ‘custo-efetivas’, em detrimento de ações de prevenção, em uma perspectiva em que “a doença seria um fenômeno biológico e natural – não social –, e o fator principal para lutar contra as doenças seriam os serviços de saúde” (CUETO, 2018, p. 845).

Foi nesta época também, que o BM passava a se envolver cada vez mais nos assuntos relacionados à saúde dos países em desenvolvimento. Inclusive, era cada vez maior o aporte de recursos destinados pelo organismo à saúde e a intensificação da indução de propostas de reformas setoriais, com ênfase na redução do papel do Estado nesses países (MATTA, 2005).

Cueto (2018, p. 845) acrescenta ainda que:

Nos anos 1980 e 1990, marcados pelo neoliberalismo, a APS foi o modelo principal das agências da saúde e de novos atores na saúde internacional, entre eles o Banco Mundial. Esta perspectiva tecnocrática complementava outras reformas neoliberais como a privatização dos serviços públicos, a desregulação dos mercados, a multiplicação de parcerias público-privadas e a redução do papel do Estado.

O debate acerca das estratégias de APS tornou-se ainda mais intenso nos anos 2000, sendo recuperado com a publicação de dois documentos que adquiriram destaque à época (GIOVANELLA, 2008).

O primeiro documento, elaborado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 2005, intitulado “Renovação da atenção primária em saúde nas Américas”, foi construído apoiando-se nas discussões realizadas por especialistas de diversos países, configurando-se como um instrumento de posicionamento político, objetivando revigorar a política e as estratégias de implementação da APS nas Américas (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013; OPAS, 2005).

Já o segundo documento, intitulado “*La atención primaria de salud: más necesaria que nunca*”, foi publicado pela OMS em 2008, constituindo-se como um informe técnico elaborado tendo como base os argumentos do documento elaborado pela OPAS em 2005. Além de promover uma reflexão em uma dimensão ampliada acerca das diferenças entre o contexto atual e o da época em que foi realizada a conferência de Alma-Ata, o documento apresenta um discurso baseado em dados científicos que evidenciam os benefícios advindos do enfoque na APS como estratégia principal de reorientação dos modelos de atenção à saúde (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013; OMS, 2008).

Almeida, Fausto e Giovanella (2011, p. 84) acrescentam ainda que:

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicado em 2008 destacou que as experiências desenvolvidas desde Alma-Ata modificaram a perspectiva dos movimentos em prol da atenção primária à saúde (APS). Conforme esse relatório, a coordenação de uma resposta integral às demandas de saúde, viabilizada por meio de uma rede de serviços, é um atributo essencial da APS. O papel dos prestadores de atenção primária como coordenadora do acesso aos demais níveis envolve responsabilização pela saúde da população, outorga das necessárias autoridades administrativas e financeiras e reconhecimento quanto à essencialidade das funções exercidas pelas equipes de atenção primária.

Ambos os documentos não só recuperam o debate em torno da APS, chamando a atenção para diversas questões que envolvem a disputa entre as suas diferentes interpretações possíveis, as mudanças na relação entre Estado e sociedade e, até mesmo, acerca da percepção da saúde como direito, mas também, “elegem a atenção primária à saúde (APS) como enfoque privilegiado para a organização de sistemas de saúde” (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013, p. 526).

É válido acrescentar ainda, o exposto por Nogueira (2017), que defende que para além de uma estratégia de organização ou um modelo de atenção à saúde, a APS constitui-se também como “campo⁴ de disputa político-ideológico internacional e nacional, onde se faz presente concepções heterogêneas de saúde, sociedade e de Estado, influenciadas por aspectos históricos e econômicos” (NOGUEIRA, 2017, p. 133). Afirmar esta, que corrobora com as ideias apresentadas por Fonseca, Morosini e Mendonça (2013) que compreendem que

A configuração da APS é resultante da correlação de forças que se põem em disputa, e representa interesses distintos na conformação das políticas públicas e em seu ulterior desenvolvimento, devendo, por isso, ser considerada em cada contexto sócio-histórico. Dessa forma, a APS tem se mantido como um espaço rico de debates que ganham maior ou menor destaque em certos contextos, mas estão sempre presentes (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013, p. 526).

Além disso, Cueto (2018) sinaliza que no início dos anos 2000, era consenso uma percepção generalizada de que os postulados abrangentes da Declaração de Alma-Ata nunca haviam sido implementados, de fato. Inclusive, o autor salienta ainda, o debate existente, nos últimos anos, acerca da ausência de compreensão dos postulados do referido documento, e sintetiza ainda algumas observações acerca da temática. De acordo com ele:

⁴ Para saber mais sobre as inspirações da autora acerca da APS como um “campo”, vide Nogueira (2017, p. 133).

Vários autores sinalizam os problemas com o entendimento da APS como a simples ampliação da cobertura dos serviços de saúde nas áreas rurais e nas comunidades, a ausência de recursos financeiros e de um verdadeiro compromisso político, e a resistência das escolas de medicina que fomentaram a formação de profissionais que trabalhassem com tecnologias sofisticadas e custosas em cidades. Todas estas explicações têm razão. Entretanto, creio que existem mais dois problemas. Primeiro, o esforço insuficiente feito pelos defensores da Atenção Primária de acabar com uma cultura da sobrevivência que historicamente é parte essencial da saúde pública. Segundo, o pouco esforço em salientar o vínculo entre os postulados de Alma-Ata e o modelo de sociedade que os sanitaristas devem procurar: uma sociedade em que a prioridade seja a educação e a saúde, e não os gastos militares; e onde a equidade e a solidariedade sejam os principais objetivos de todos os atores sociais (CUETO, 2018, p. 847).

Ademais, consideramos que o debate em questão está longe de ser encerrado. Inclusive, vale a pena destacarmos outro marco histórico mais recente, que reacendeu as disputas acerca dos diversos significados da APS. Em outubro de 2018, 40 anos após a Conferência de Alma-Ata, foi realizada em Astana no Cazaquistão, mais uma Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, a qual “deve ser pensada como um evento político que recoloca em cena tensões sobre os sentidos da APS, reconhecida como estratégia fundamental, eficaz e efetiva, para o alcance de melhores níveis de saúde” (FONSECA, 2019, p. 1).

Conforme destaca Fonseca (2019, p. 1)

Desde a chamada da conferência, é possível distinguir a articulação de temas que condensam as divergências mais profundas em torno da ideia de Cobertura Universal de Saúde (em inglês, Universal Health Coverage-UHC). Pensada a partir de uma perspectiva alinhada com a normatividade neoliberal, a UHC se estabelece como uma orientação em conflito direto com a ideia de determinantes sociais de saúde. Nesse sentido, orienta para uma APS que se desvia do conceito ampliado de saúde, sustentando-se na clássica e nunca plenamente ultrapassada compreensão de saúde como ausência de doença.

Desconsiderando, portanto, a complexidade do processo de saúde-doença, em um contexto em que prevalece a racionalidade economicista, a chamada Cobertura Universal de Saúde colocada em discussão na conferência, remonta uma concepção de APSS, que além de desconsiderar a determinação social da saúde, requalifica ideias da APS abrangente como a multisetorialidade, por exemplo, empregando-as a fim de reiterar a importância do setor privado. Nesse contexto, direciona-se a orientação para a incorporação do setor privado na APS, reforçando a ideia das escolhas de governo, em detrimento da responsabilidade do Estado com a saúde como direito humano (FONSECA, 2019).

No entanto, esse debate acerca da “cobertura universal de saúde”, recolocado em questão na Conferência de Astana em 2018, não é nenhuma novidade no cenário internacional. De acordo com Noronha (2013, p. 848)

A primeira referência explícita à “cobertura universal” pela OMS aparece em um dos relatórios para a 58ª Assembleia Geral, em 2005, intitulado *Seguro Social de Saúde: Financiamento Sustentável da Saúde, Cobertura Universal e Seguro Social de Saúde*. Nele, tem início a transformação semiótica do direito à saúde e do acesso universal e igualitários aos cuidados de saúde para o conceito de “cobertura universal” indelevelmente associado à “proteção do risco financeiro” e à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial.

Além disso, o autor destaca ainda que o Relatório Mundial de Saúde, publicado pela OMS em 2010, intitulado “Financiamento dos sistemas de saúde: O Caminho para Cobertura Universal” já havia despertado o interesse alargado por essa proposição nos ditos conservadores da saúde, nos que defendem o “mercado” na prestação de serviços e, até mesmo, nas fundações que exercem suas atividades na Saúde Global. A proposição “cobertura Universal de Saúde” chegou inclusive, a ser apresentada em um dos artigos lançados pela revista inglesa de medicina, o *Lancet*, como o que corresponderia a uma possível “transição sanitária global” (FERRANTI; RODIN apud NORONHA, 2013, p. 847). Neste último relatório, o tema central passa a ser o do financiamento setorial como “caminho para a cobertura universal”.

Todo esse debate acerca desse conceito supostamente inovador redireciona a APS para uma abordagem ainda mais seletiva, marcada pela segmentação tanto da oferta quanto da qualidade dos cuidados garantidos, de acordo com as classes sociais e o tipo de proteção garantido pelas diferentes modalidades de seguros públicos ou privados. Sobretudo, considerando o exposto por Noronha (2013) que advoga que cobertura não representa acesso e utilização. Para o autor, “quando se fala em cobertura universal sem qualificação comete-se um grande equívoco, pois pode-se admitir que a ‘cobertura’ contributiva a um seguro social ou privado sempre corresponderá a oportunidades de acesso e uso, o que não é verdadeiro” (NORONHA, 2013, p. 848).

Além disso, outra questão que segundo Fonseca (2019) merece destaque no debate em curso, diz respeito às ideias de responsabilização e autoria apresentadas do documento de Astana. De acordo com a autora:

Ainda que seja possível uma interpretação mais favorável e próxima à concepção de participação social, na declaração de Astana, no item ‘empoderar indivíduos e comunidades’, a visão de produção de saúde expressa no texto assume traços

individualizantes. Em vez de agregar a capacidade popular de compreender suas necessidades de saúde e desenhar encaminhamentos, o texto pode ser lido como uma orientação para a transferência de responsabilidade. Tal ideia, não raro, se associa à culpabilização das pessoas pela precariedade de suas condições de vida e saúde, o que historicamente se dá por meio da negação das iniquidades sociais e do compromisso político em ultrapassá-las (FONSECA, 2019, p. 2).

No entanto, para além das críticas apontadas pela autora em relação ao evento, Fonseca (2019) reafirma a Conferência de Astana como um marco na luta pelo fortalecimento do caráter público e universal da saúde. Ela defende que “ao incorporar posições com sentidos conflitantes e interesses de improvável conciliação, a declaração de Astana elucida indefinições e portanto, nos indica a persistência desses espaços de disputa” (FONSECA, 2019, p. 2).

Portanto, é possível perceber que a evolução das concepções de APS é marcada por um cenário de constantes disputas de sentidos ao longo dos anos. Esse debate permanece ainda em construção, sendo influenciado diretamente pelos diversos interesses existentes no cerne de uma sociedade fragmentada em classes sociais e cada vez mais desigual. Sobretudo nos países em desenvolvimento, em que faz-se necessário ainda mais o debate acerca do papel do Estado no que diz respeito ao investimento em políticas sociais, a defesa dos sistemas universais de saúde e a revitalização da APS a partir de uma concepção abrangente, a fim de que seja possível uma verdadeira reorganização dos sistemas de saúde de forma a garantir, de fato, a saúde como um direito humano (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: revisitando alguns conceitos e atributos característicos de uma APS abrangente

Não é de agora o debate em torno da construção de conceitos a respeito da APS. Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, várias definições de APS vêm sendo apresentadas por diversos autores. Conforme já mencionado na seção anterior, enquanto algumas definições buscavam manter o sentido abrangente proposto no documento elaborado em Alma-Ata, outras acabavam por direcionar a APS para linhas de interpretação cada vez mais seletivas e focalizadas, distanciando-se da concepção abrangente proposta inicialmente (BRASIL, 2010).

Apesar da APS ter sido utilizada por diversos países como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde em todo mundo desde a década de 1960, as concepções

utilizadas para essa organização estavam longe de serem uniformes e direcionadas para o atendimento das reais necessidades da população (FAUSTO; MATTA, 2007).

Ao longo dos anos, o que pôde ser observado em grande parte destes países foi um misto de discursos que, embora defendessem uma APS abrangente, não se concretizavam como tal na prática. Reforçavam ainda, uma concepção de saúde marcada pela valorização do saber biomédico e das ações extremamente curativas e médico-centradas, em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde. Eram desconsiderados não só, a determinação social do processo de saúde e doença, mas também, o caráter coletivo, democrático e territorializado proposto para os sistemas de saúde organizados com base em uma APS abrangente, o qual, deveria almejar a promoção da melhoria das condições de saúde e de vida da população (FAUSTO; MATTA, 2007).

Apesar disso, Giovanella e Mendonça (2012) salientam que, nos dias atuais, a APS “é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 8).

Elas consideram ainda que uma APS abrangente pode ser descrita como “um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 7).

No entanto, é válido destacarmos que a construção de novas políticas de saúde, que busquem a efetiva reorientação dos sistemas de saúde através da APS, exige uma análise criteriosa acerca dos principais atributos necessários para que ela se concretize. Além disso, é imprescindível também, a consideração da realidade social e a criação de mecanismos efetivos para a operacionalização do sistema de saúde baseado nessa concepção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Considerando a dinamicidade das necessidades em saúde, é fundamental também, que os serviços de saúde e a gestão busquem o desenvolvimento de estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis. É imprescindível a utilização de arranjos que permitam a promoção da escuta, a retradução e o trabalho dessas necessidades identificadas na comunidade (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Acerca desses atributos, Starfield (2002) sintetizou uma abordagem a fim de caracterizar a APS abrangente nos diversos países industrializados, definindo alguns atributos essenciais dos serviços deste nível de atenção. A partir desta abordagem, reconhecida por diversos especialistas e muito difundida também no cenário brasileiro, são considerados atributos essenciais dos serviços de APS:

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas. - Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde. - Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitalares, entre outros. - Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços (BRASIL, 2010, p. 9).

Além disso, Brasil (2010) chama a atenção para outras três características, consideradas por Starfield (2002) como atributos derivados, que qualificam as ações dos serviços de saúde baseados na APS, os quais, estão intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS. São eles:

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar. - Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços. - Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma (BRASIL, 2010, p. 9).

De acordo com Starfield (2002), para que seja possível o alcance da efetividade e da equidade pelos sistemas de saúde, faz-se necessário que eles sejam orientados fortemente a partir de uma base sólida de APS, que enfoque a saúde das pessoas nos diversos outros determinantes de saúde existentes, ao invés de levar em conta apenas sua enfermidade individual. Nessa perspectiva, a autora define APS como

[...] aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. [...] uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo

serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p. 28).

Mata e Ruiz apud Fausto e Matta (2007), em conformidade com os preceitos defendidos por Starfield (2002), propõem ainda a intersetorialidade como mais um atributo de uma APS abrangente. Os autores advogam que “a saúde é resultante de múltiplos fatores, o que exige a combinação de ações de diversos setores da sociedade” (MATA; RUIZ apud FAUSTO; MATTA, 2007, p. 49).

Neste contexto, a APS se configura como a porta de entrada do sistema de saúde instituído, constituindo-se como o principal elo entre este sistema e a população. No entanto, ela não pode ser considerada apenas como porta de entrada do sistema. É imprescindível também, que o conjunto da rede de ações e de serviços de saúde incorpore a noção de responsabilidade sobre a saúde da comunidade (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

De acordo com Silva Junior e Alves (2007, p. 37), a APS

[...] não pode ser a única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser a porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas [...] São necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida, como o acompanhamento horizontal, a familiaridade com os modos de andar a vida no local ou o contato com a cultura na rua, nos coletivos e redes sociais dos usuários dos serviços de saúde.

Além disso, os autores supracitados chamam a atenção para a importância de uma formação mais ampla e contextualizada dos profissionais de saúde, a fim de viabilizar o desenvolvimento de uma APS abrangente. Faz-se necessário o desenvolvimento da “capacidade de reconhecer o contexto, capacidades de comunicação e acolhimento, capacidade de escuta e de compreender diferentes valores e culturas, capacidade de mobilizar soluções para situação aparentemente sem saída” (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007, p. 36).

Dessa forma, considerando o exposto, pode-se afirmar que o poder de interação dos serviços de saúde com os indivíduos e a comunidade aumenta, a medida em que se torna mais forte a orientação para o atendimento desses atributos essenciais e derivados apresentados. Além disso, é válido destacar a fundamental importância do trabalho em equipe multiprofissional, da articulação com outros setores, e da construção de uma Rede de Atenção

à Saúde (RAS) bem articulada, que assegure a retaguarda necessária para garantir à APS a capacidade de enfrentar efetivamente uma série de situações e agravos. Tudo isso em conjunto, torna possível o desenvolvimento de uma atenção à saúde em uma perspectiva cada vez mais abrangente e integral (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

1.4 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A CONQUISTA DE UM NOVO SISTEMA DE SAÚDE: como fica a Atenção Primária à Saúde nesse novo contexto?

No Brasil, embora algumas experiências⁵ de APS tenham sido instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, Matta e Morosini (2009) destacam que foi com o movimento da Reforma Sanitária (RS) que essas ideias ganharam espaço e força nas discussões no cenário nacional. Eles apontam que “as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial, rompendo com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 80” (MATTA; MOROSINI, 2009, p. 48).

De acordo com Escorel (1999), a discussão acerca da reorganização dos serviços básicos já fazia parte do projeto de RSB desde a década de 1970, quando este movimento envolvendo diversos atores sociais, já defendia a unificação do sistema de saúde e a valorização do primeiro nível de atenção. A autora destaca que:

o movimento sanitário representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra dos serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço (US) (ESCOREL, 1999, p. 51).

Fleury (2018) acrescenta ainda que o projeto colocado em pauta por este movimento propulsor da RS brasileira almejava, na verdade, “a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório” (FLEURY, 2018, p. 67), o qual culminaria em significativas mudanças culturais, políticas e institucionais, capazes de viabilizar a saúde como um bem público. De acordo com a autora, esse processo foi norteado por quatro princípios:

-um princípio ético-normativo, ao inserir a saúde como parte dos direitos humanos; -um princípio científico, compreendendo a determinação social do processo saúde-doença; -um princípio político, assumindo a saúde como direito universal inerente à

⁵ Como os Centros de Saúde (CS) em 1924, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na década de 1940 e, até mesmo, com o surgimento do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste, já na década de 1970 (MATTA; MOROSINI, 2009, p. 47).

cidadania em uma sociedade democrática; -um princípio sanitário, entendendo a proteção à saúde de forma integral, promoção, ação curativa e reabilitação (FLEURY, 2018, pp. 67-68).

Foi nessa esteira de luta pela redemocratização do Brasil que o SUS foi formulado. Influenciado pelas recomendações de Alma-Ata, por diversas experiências exitosas no campo da saúde, e ainda, por uma confluência de interesses e opiniões dos diversos atores envolvidos nesse processo, ocorreu então, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) no país. Realizada em 1986, a conferência objetivou a obtenção de subsídios não só, para a reformulação do sistema nacional de saúde mas também, para o debate da constituinte que estava por vir (BAHIA, 2009; ESCOREL, 1999).

Não é à toa, conforme destaca Escorel (1999), que esta CNS traz como novidade a inclusão dos usuários de saúde como participantes da mesma, diferentemente do ocorrido nas conferências anteriores. De acordo com a autora:

A VIII CNS foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais. No plenário que reuniu aproximadamente cinco mil pessoas, entre as quais mil delegados, discutiu-se e aprovou-se a unificação do Sistema de Saúde. Ainda mais: aprovaram-se definições e propostas relativas ao conceito ampliado de saúde, ao direito de cidadania e dever do Estado e às bases financeiras do sistema. Dotada de grande representatividade social, mesmo na ausência dos prestadores privados, esta CNS passou a significar, através de seu relatório final, a consolidação das propostas do movimento sanitário original acrescido de novos integrantes e parceiros (ESCOREL, 1999, p. 193).

Como reflexo do pensamento e da luta histórica do movimento sanitário e ainda, dos desdobramentos ocorridos após a VIII CNS, a Constituição Federal (CF) de 1988 é aprovada. Ela apresenta um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional (ESCOREL, 1999). A partir de então, a saúde passa a ser reconhecida legalmente no país como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Conforme destaca Lobato (2013), a CF de 1988 inaugura no Brasil a ideia de uma proteção ampliada, baseada em direitos sociais de cidadania. A partir de então:

O direito à saúde elevado ao patamar de direito essencial em função de sua ligação intrínseca com o direito à vida e à dignidade humana no âmbito da positivação de direitos sociais atribuída pela Constituição de 1988, traduz-se no reconhecimento da saúde como direito público subjetivo de eficácia plena e imediata. A tutela estatal e o agir positivo, ao ensejarem a criação e efetivação de políticas públicas, fazem com que esses direitos adquiram caráter coletivo (BAHIA, 2009, p. 360).

Ademais, apesar da conjuntura marcada por importantes entraves que já desafiavam, e até mesmo, ameaçavam a implantação de um novo sistema de saúde no país, na década de 1990, o Brasil passou por um período de profundas transformações na área da saúde. Na perspectiva da saúde como um direito social, conquistado mediante muita luta dos movimentos populares e legitimado na Constituição Federal (CF) recém promulgada, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país representou “uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país” (ESCOREL *et al.*, 2007, p. 164).

Considerado por Martins (2013) como um projeto ousado e inovador no que diz respeito à concepção do que seria a política de cidadania no país, o SUS resulta “da formulação e legitimação de estratégias de reordenação do sistema de saúde brasileiro postas em disputa com teorias divergentes sobre as concepções sobre saúde-doença e distintos projetos de poder no campo da saúde” (BAHIA, 2009, p. 359).

Neste sentido, Paim (2018) chama atenção para a complexidade do processo de implantação do SUS, mesmo após a sua inscrição na CF de 1988. O autor ressalta ainda, a correlação de forças extremamente desfavorável ao desenvolvimento do SUS à época.

Embora as disputas de interesse não tenham sido suficientes para impedir a aprovação do SUS e seus princípios, Baptista (2014) salienta que elas “impediram a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e a unificação do sistema” (BAPTISTA, 2014, p. 53).

Mesmo após a promulgação da CF de 1988, essas disputas ainda se mantiveram, influenciando fortemente a construção das chamadas leis orgânicas da saúde (Lei nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990). Acerca desse contexto, Baptista (2014, p. 53) acrescenta que:

O contexto político no momento de negociação desta lei (último ano do governo Sarney e primeiro ano do governo Collor) não possibilitou agilidade na sua aprovação; foram 390 dias de tramitação no Congresso Nacional e uma aprovação parcial da lei (Lei Nº8.080), que sofreu vários vetos presidenciais (Collor) nos aspectos relativos ao financiamento, participação popular, organização da estrutura ministerial, da política de cargos e salários e outras. Três meses após a aprovação da Lei Nº8.080, foi aprovada uma outra (Lei Nº8.142), complementar a esta, definindo algumas propostas vetadas na lei original (principalmente em relação ao financiamento e à participação popular).

Fleury (2018, p. 68) salienta ainda que

a construção do SUS, aprovado na Constituição Federal de 1988, ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas por seus formuladores.

Não é por acaso, portanto, que Martins (2013) afirma que o SUS é ao mesmo tempo, amado e odiado, por motivos diversos. De acordo com o autor, “detestam o SUS os grupos econômicos neoliberais que defendem a privatização da saúde pública. Admiram o SUS os que entendem que ele representa uma proposta de política pública de saúde avançada e que reflete as lutas históricas do movimento sanitarista” (MARTINS, 2013, p. 101). E foi neste contexto, marcado por pressões sociais diversas que a criação do SUS se desenrolou. De um lado, marcado pelas perspectivas democratizantes advindas da luta contra a ditadura militar e, de outro, as perspectivas neoliberalizantes e voltadas para os interesses mercantis.

Conforme destaca Paim (2018, pp. 108-109):

A conquista do Estado empreendida pela burguesia e seus aliados históricos, desde 1964 (Dreifuss, 1981), não foi redefinida pela construção de um Estado democrático de direito, advindo do pacto social que permitiu a promulgação da Constituição cidadã. As classes dominantes brasileiras adquiriram mais poder após a eleição do presidente Collor, além de restringir os direitos sociais recém-formalizados, consolidando o seu projeto nos oito anos do governo FHC.

Neste sentido, é oportuno destacar o exposto por Machado (2007) que acrescenta que a política brasileira dos anos 1990 “é marcada pela combinação entre democratização e liberalização econômica, levando a mudanças expressivas no padrão de atuação do Estado e nas possibilidades de concretização de uma série de diretrizes constitucionais” (MACHADO, 2007, p. 41).

Fleury (2018, p. 68) acrescenta ainda, que foram retomadas

[...] as orientações liberais que propugnam por uma forte redução da presença do Estado, seja na economia, seja nas políticas sociais. Para tanto, utilizaram-se instrumentos como a privatização das empresas estatais e mesmo de serviços sociais, introdução de mecanismos da economia de mercado como a competição gerenciada na organização dos serviços sociais, a redução do papel de provedor do Estado com a transferência desta competência a organizações civis lucrativas ou não, por meio de parcerias público-privadas ou contratação de prestadores de serviços. Criaram-se também novas barreiras ao acesso aos benefícios previdenciários e novas fórmulas de cálculos que reduziram o valor de tais benefícios. Ainda com relação ao aparato estatal houve um desmonte das carreiras profissionais e dos núcleos produtores de conhecimento e estratégias ligados ao projeto de desenvolvimento nacional, vistos como comprometidos com a lógica populista e intervencionista do modelo econômico anterior, ao qual foi atribuído a responsabilidade pela crise fiscal do Estado.

No que diz respeito à organização dos serviços de saúde nesse novo contexto, Fausto e Matta (2007) remontam que até meados da década de 1990, não havia uma discussão mais detalhada no âmbito no Ministério da Saúde (MS) acerca dessa temática. Com isso, as medidas reformistas implementadas no âmbito do SUS, reforçavam ainda o modelo de atenção centralizado, que enfocava muito mais as ações curativas desenvolvidas nas unidades hospitalares e menos, as ações de promoção e prevenção em saúde. O modelo de financiamento adotado também seguia na mesma linha, favorecendo ações de saúde hospitalares e ambulatoriais, mantendo um forte vínculo com o modelo biomédico de atenção à saúde adotado anteriormente.

Destaca-se ainda a precarização do trabalho das equipes de saúde, fortemente presente no processo de expansão dos serviços públicos na década de 1990, sustentados em uma conjuntura em que o projeto neoliberal se tornava hegemônico no país (CASTRO; FAUSTO, 2012). Neste sentido, Rizzotto (2009, pp. 278-279) aponta que

No campo da saúde, no Brasil, a assimilação dos pressupostos neoliberais, a partir do início da década de 1990, momento em que também se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultou num quadro que pode ser caracterizado da seguinte forma: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo.

Lobato (2013) chama a atenção ainda, para a existência de alguns entraves significativos para o desenvolvimento da proteção social conquistada na CF de 1988. De acordo com a autora, estes entraves são intimamente relacionados a quatro temas principais: o subfinanciamento crônico, materializado pela redução de investimentos em políticas sociais; a expansão do investimento de recursos públicos no setor privado, representados na área da saúde pela estratégia utilizada pelos municípios que passaram a contratar empresas, chamadas “organizações sociais” (OS), que promoviam a terceirização da contratação de trabalhadores, na maioria das vezes, sem a realização de concurso público e em regimes de contratação diferenciados do sistema público tradicional; a fragmentação das políticas públicas e; a expansão de programas focalizados na população de baixa renda.

Todos esses entraves apontados pela autora, além de dificultar ou, até mesmo, impedir a efetivação da proteção social engendrada na Constituição cidadã brasileira, impactam em

uma universalização incompleta e uma constante deficiência na garantia dos direitos legalmente constituídos (LOBATO, 2013).

Apesar de toda essa conjuntura desfavorável apontada, é extremamente válido destacar o exposto pelo historiador André Viana Dantas em 2018, que na época salientou que:

O Sistema Único de Saúde (SUS), inscrito na Constituição Federal de 1988, a despeito da crise de subfinanciamento que o acompanha ao longo da sua curta história e do conjunto de gargalos que enfrenta, é reconhecido, dentro e fora do Brasil, como uma importantíssima conquista, no contexto da luta contra a ditadura empresarial-militar (1964-1985). Esse mesmo SUS é também reconhecidamente obra da moderna Reforma Sanitária Brasileira, fruto da conjuntura de retomada da luta organizada dos trabalhadores, desde os anos 1970 (DANTAS, 2018, p. 147).

Nos dias atuais, diante da conjuntura de retrocessos e do desmonte das políticas públicas de saúde engendradas por parte do governo em curso no país, talvez seja necessário a reflexão acerca dessa afirmação. Concordamos com autor supracitado, e reconhecemos sim, o SUS como uma conquista importantíssima no contexto analisado. Porém, diante do cenário assombroso de avanço de medidas extremamente neoliberalizantes, nos questionamos se no cenário atual, o SUS ainda é considerado uma conquista no interior da própria cúpula de quem conduz as políticas de saúde no país. Sobretudo, diante do entendimento dos membros do próprio Ministério de Saúde que vêm, reiteradamente, propondo novos arranjos para a organização da saúde pública no país, que relativizam o caráter universal do sistema de saúde brasileiro.

Nesse contexto, considerando que para além da construção de um sistema de saúde, a RS brasileira constituiu-se como um projeto civilizatório, faz-se extremamente urgente e necessário a busca por estratégias de superação e revisão das estruturas vigentes. Deve-se lutar pela recolocação da proteção social na agenda pública no cenário brasileiro, para que seja possível o alcance dos preceitos constitucionais conquistados (LOBATO, 2003).

Conforme salienta a autora, “o SUS deve fazer parte de um projeto de sociedade, e hoje, mais do que nunca, vê-se que para ele avançar é preciso retomar o projeto de justiça social como cerne da cidadania” (LOBATO, 2013, p. 43).

1.4.1 Entre avanços e desafios do Sistema Único de Saúde: os meandros da construção de um novo sistema de saúde com base na Atenção Primária à Saúde.

Conforme descrevem Durão *et al.* (2009), apesar da conquista do marco regulatório da saúde como um direito no Brasil, ao final dos anos 1980, e do início da implantação de um

novo sistema de saúde no começo da década de 1990, o país ainda não dispunha de um modelo de atenção à saúde que fosse capaz de responder de forma efetiva às necessidades de saúde da população. Com isso, o recém-criado SUS inicia a sua organização aproveitando algumas experiências vivenciadas ainda na década de 1970, quando é iniciado o movimento de extensão da atenção à saúde no cenário brasileiro.

Sendo assim, conforme destacam Fausto e Matta (2007, p. 58) “no curso do processo de descentralização do sistema de saúde, alguns municípios construíram propostas alternativas e muito variadas em termos de organização da atenção, tendo como foco a atenção primária”. Essas experiências locais acirraram ainda mais a discussão acerca da crise do modelo assistencial, intensificando a valorização desta temática no decorrer dos anos 1990.

Em meio a todo este contexto nacional conflituoso já mencionado anteriormente, Fonseca (2013, p. 35) destaca que “pela via das políticas públicas, o reingresso das concepções de APS no Brasil ocorreria com maior força a partir de 1991, com a criação no âmbito governamental do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, em 1994, do Programa de Saúde da Família”.

Neste sentido, Fausto e Matta (2007, p. 58) acrescentam que

Em termos históricos, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na atenção primária surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. O Pacs e posteriormente o PSF surgem com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local, especialmente aqueles municípios pequenos, sem nenhuma ou com exígua rede de serviços de saúde conformada.

Em uma conjuntura em que o ideário neoliberal ganhava força no cenário nacional, o governo Collor de Melo lança o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991, que já em 1992 passa ser chamado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pautando-se nos resultados exitosos obtidos pelo Programa de Agentes de Saúde do Ceará, criado em 1987. O PNACS/PACS teve sua implantação iniciada concentrando-se nas regiões Norte e Nordeste do país, priorizando ações relacionadas à redução dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna (BORNSTEIN *et al.*, 2016; DURÃO *et al.*, 2009).

Partindo de uma perspectiva de análise histórica de implantação do PACS e do PSF, Corbo, Morosini e Pontes (2007) compreendem o PACS como uma estratégia de transição ao

PSF. De acordo com as autoras, havia a necessidade de incorporação de novos profissionais ao PACS para que o mesmo não funcionasse de forma isolada.

No entanto, é válido destacar ainda o exposto por Fausto e Matta (2007), que advogam que esses programas que deram expressão à APS na agenda política dos anos 1990, apresentavam inicialmente características muito semelhantes aos programas formulados nos anos 1970, em alguns aspectos. Dentre eles:

- a extensão de cobertura de recursos assistenciais estava relacionada à oferta de ações específicas de saúde direcionadas a grupos populacionais mais vulneráveis com dificuldades para acessar e usar os serviços de saúde; - na medida em que surgem como programas verticais desarticulados da rede de serviços de saúde, na sua origem não apresentavam elementos suficientemente fortes para reordenar a organização da atenção no âmbito do SUS (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 59).

Tudo isso, torna evidente mais uma vez, a constante disputa de sentidos e interesses em torno da APS, conforme já mencionado anteriormente, e ainda, o caráter contraditório do investimento na APS realizado nessa época. Apesar da existência de um discurso que apresentava uma ideia de integralidade, a maneira de estruturá-la no sistema, muitas vezes, ainda era marcada pela adoção de mecanismos de operacionalização extremamente seletivos.

Machado (2007) acrescenta ainda que com o início do governo FHC, em 1995, “o PACS e o PSF passam a ocupar posição de destaque na agenda do governo federal, com a sua incorporação como programas prioritários em saúde” (MACHADO, 2007, p. 233).

Porém, a autora chama atenção também, para os diversos fatores que contribuíram para essa priorização do PSF nas agendas do MS, a partir de 1995. Desde o seu potencial de visibilidade política, em virtude do seu caráter inovador e o tipo de foco do programa (a família e a comunidade), passando pelo respaldo dado pelos OI que formulavam propostas e financiavam projetos na área da saúde, como BM e o Banco Interamericano de Desenvolvimento e, até mesmo, considerando o apoio dado pelos diferentes atores importantes envolvidos nesse processo (gestores municipais, técnicos do MS e representantes de agências internacionais).

Apesar de todo o cenário contraditório que foi se desenhando ao longo dos anos, todas essas medidas reformistas que ganham força nos anos 1990 possibilitaram, a construção de uma política de APS com o objetivo, pelo menos manifesto, de reorientar o modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde (MATTA; MOROSINI, 2008).

Assim, a implantação do PSF proposto em 1994, com o propósito inicial de aumentar a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, pode ser considerada um marco fundamental na incorporação da atenção primária na política de saúde no país (BORNSTEIN, 2016).

O PSF foi ganhando espaço gradativamente na agenda de governo, tendo a partir de 1996, seu nome substituído por Estratégia Saúde da Família (ESF), levando em conta que os programas possuem um caráter mais vertical, que focalizavam em determinados problemas, concepção diferente do que se pretendia com a ESF. (BORNSTEIN, 2016).

Portanto, a partir de 1996

[...] o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar a denominação de “Estratégia de Saúde da Família”, por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação da atenção à saúde no país (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007, p. 90).

Com o intuito de contribuir para o aprimoramento e consolidação do SUS, o MS passa então a considerar a Saúde da Família (SF) como uma estratégia de reorganização da atenção à saúde no Brasil. Isso possibilitou que a APS adquirisse um caráter mais abrangente, passando a funcionar de maneira articulada aos demais níveis de atenção. Inclusive, ela chega em 1999, como uma estratégia prioritária a ser utilizada para a estruturação dos sistemas municipais de saúde, objetivando a reorientação do modelo de atenção à saúde em todo território nacional (BORNSTEIN, 2016; ESCOREL *et al.*, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Conforme destacam Escorel *et al.* (2007) a SF enquanto estratégia incorpora os princípios do SUS, se aproximando dos pressupostos sintetizados por Starfield (2002) acerca de uma APS abrangente, almejando o rompimento com a noção de uma atenção à saúde simplificada e de baixo custo.

Nesse contexto, a concepção de APS dessa estratégia “preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 53).

Podemos perceber como a APS ganha importância nas políticas públicas de saúde no Brasil analisando a gradativa mudança na forma de financiamento do SUS. Instituída pela Portaria do MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, a NOB SUS 01/96 “redefine o modelo de gestão do Sistema único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento

imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema” (BRASIL, 1996).

Embora a Norma Operacional Básica (NOB SUS) 01/93⁶ tenha se instituído como um arcabouço legal para implementação da descentralização proposta para esse novo sistema de saúde, Ávila (2011) destaca que a reorganização deste sistema, com conseqüente mudança no modelo de atenção, só obteve avanços a partir da edição da Norma Operacional Básica (NOB SUS) 01/96, a qual tornou possível que a APS enfim, ganhasse destaque na política nacional de saúde no governo do então presidente, Fernando Henrique Cardoso (FHC) (FAUSTO; MATTA, 2007).

A NOB SUS 01/96 “muda o financiamento da atenção básica substancialmente por meio da implantação de um mecanismo *per capita* (o PAB fixo) e também da adoção de um incentivo financeiro específico para o PSF, como um dos componentes do PAB variável” (MACHADO, 2007, p. 234).

Acerca dessa modificação das formas de financiamento da atenção básica instituída pela NOB SUS 01/96, Corbo, Morosini e Pontes (2007, p. 91) acrescentam que:

O Piso de Atenção Básica (PAB) foi implantado em 1997 e consiste em um total de recursos financeiros destinados, exclusivamente, ao financiamento das ações de atenção básica de saúde. É composto de uma parte fixa – PAB fixo –, que corresponde a um valor *per capita* multiplicado pela população total de cada município. O PAB também possui uma parte variável – PAB variável, que é transferido para o fundo municipal de saúde para o desenvolvimento de alguns programas e ações especificados pelo Ministério da Saúde, entre os quais se destacam o PSF e o PACS.

Com a operacionalização da NOB SUS 01/96, a qual, além de não ter sido implementada no seu formato original, só foi iniciada com a publicação da Portaria MS nº 157, em 19 de fevereiro de 1998, o PSF adquire destaque, passando a ser considerado como uma estratégia de reorientação efetiva do modelo assistencial, tendo como base a atenção básica. Sobretudo, em virtude dessas mudanças instituídas pela norma operacional, nas formas de financiamento da atenção básica (MACHADO, 2007; CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Foi então, a partir de meados da década de 1990, que a história do processo de implantação do SUS ganha um novo capítulo. Após décadas de favorecimento a um modelo de atenção à saúde que privilegiava a atenção médico hospitalar, destinando recursos

⁶Instituída pela Portaria do MS nº 545, de 20 de maio de 1993, “estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 1993).

financeiros tendo como base, principalmente, a produção de serviços, os esforços e investimentos públicos passaram a ser direcionados às medidas de fortalecimento da recém nomeada Atenção Básica em Saúde (ABS) (ESCOREL *et al.*, 2007).

Conforme apontam Fausto e Matta (2007) foi também a partir da NOB SUS 01/96 que o termo “atenção básica” passa a ser adotado na política de saúde brasileira. Eles destacam que a opção por este termo ocorreu, principalmente, devido ao fato de que naquele momento havia uma forte resistência por parte de alguns atores envolvidos na condução da política no país, ao termo “atenção primária”, em virtude da prevalência do propósito seletivo na concepção de atenção primária veiculada por organismos internacionais (OI), conforme já discutido anteriormente.

Giovanella *et al.* (2009) também apontam neste sentido que, assim como em outros países da América Latina, a concepção de APS foi renovada no Brasil na década de 1990, buscando contrapor-se à essa abordagem seletiva preconizada por diversos OI para a região desde a década anterior. Estas autoras destacam que:

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde baseada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, passou-se a usar o termo atenção básica em saúde, definida como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (GIOVANELLA *et al.*, 2009, p. 784).

Ao final da década de 1990, foi promovida ainda mais uma mudança no que diz respeito ao financiamento do PSF/ESF, com a publicação da Portaria do MS nº 1.329, de 12 de novembro de 1999. A partir dela

[...] o financiamento do PSF se estruturou não mais sob a lógica de número de equipes implantadas; o que passou a definir o montante de recursos repassados ao município foi o percentual de cobertura populacional realizado pelas equipes de PSF. A portaria instituiu também o valor de dez mil reais, como incentivo adicional, por equipe de PSF implantada (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007, p. 92).

Com isso, além de um incentivo para a ampliação da cobertura populacional de ESF, iniciava-se também, ainda que de forma tímida, um compromisso com a tentativa de reorganização da atenção à saúde e mudança no modelo assistencial, tendo a ESF como estratégia central nesse processo. Inclusive, essa “diretriz de expansão maciça fortalece a ideia do SF como estratégia de ‘conversão’ do modelo de atenção, levando ao deslocamento da atenção do Ministério da Saúde a partir do ano 2000 para o estímulo à expansão desse programa em grandes centros urbanos” (MACHADO, 2007, p. 235).

Contudo, é válido salientar que, houve sim uma expressiva expansão do PSF/ESF ao longo da década de 1990. Inclusive, favorecendo em alguma medida, não só a retomada do debate acerca do modelo de atenção primária na política nacional, mas também, uma expansão da participação da atenção primária na execução orçamentária do MS. No entanto, é possível que todo este movimento não tenha sido suficiente para dar à política de APS dos anos 1990, uma projeção significativa, para além da prioridade conferida ao modelo do PSF (MACHADO, 2007).

Diversos desafios ainda permaneceram como entraves para a construção de um modelo assistencial norteado, efetivamente, pelos princípios e diretrizes do SUS. Entraves estes, que perduram até os dias atuais. Dentre eles é válido destacar, mais uma vez, a questão do subfinanciamento crônico do setor saúde, a crescente ausência do Estado no desempenho do seu papel formulador de políticas sociais, as questões relacionadas aos trabalhadores e trabalhadoras de saúde no país, tanto no que se refere à formação quanto à disponibilidade e formas de contratação e remuneração desses profissionais e por fim, as questões relacionadas às inúmeras diversidades existentes nas diversas regiões do território brasileiro (MACHADO, 2007; BORNSTEIN, MATTA; DAVID, 2009).

No entanto, para além destes entraves apontados, é oportuno destacarmos mais uma vez, os avanços obtidos pelo aumento da cobertura dos serviços de APS ocorrido no Brasil, nesta época, através da ESF. Conforme destaca Starfield apud Brasil (2010, p. 10) “evidencia-se, nacional e internacionalmente, crescente associação entre melhores desfechos de saúde e maior presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde”.

1.4.2 Entre avanços e desafios do Sistema Único de Saúde: como fica a Atenção Primária à Saúde no cenário brasileiro nos anos 2000?

De acordo com Machado (2007), o início dos anos 2000 foi marcado pelo aumento na expectativa no que diz respeito a uma maior integração horizontal na condução da política de atenção básica no país. Sobretudo, diante da criação do Departamento de Atenção Básica (DAB), no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde, que agregou o PACS/PSF e as coordenações técnicas dos tradicionais programas de saúde coletiva. No entanto, a autora descreve que:

[...] o tratamento diferenciado do PSF de certa forma prossegue no período 2000 a 2002, o que pode ser exemplificado pelo crescimento do incentivo financeiro

específico, pelo fato do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)⁷ continuar restrito ao PSF, pela indução de pólos de capacitação para o PSF, e pela adoção de estratégias de expansão do acesso a medicamentos e atenção odontológica direcionadas para o PSF, a partir de 2001 (MACHADO, 2007, p. 238).

Além disso, apesar da acelerada implantação do PSF nos municípios de pequeno porte, havia neste período uma preocupação crescente entre os dirigentes e técnicos do MS, com a reduzida cobertura populacional de SF nos grandes centros urbanos, o que gerou o empreendimento de esforços para a formulação de propostas para a expansão da cobertura nesses municípios de maior porte (SCOREL et al., 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MACHADO, 2007).

Inclusive, a partir de 2003, a ampliação da ESF nos grandes centros urbanos passou a ser apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)⁸ e, também, através da edição da Portaria nº 396, de 04 de abril de 2003, que além de promover um reajuste de 20% nos valores dos incentivos financeiros do PACS/PSF, definiu um financiamento diferenciado⁹ para a implantação do PSF nestes municípios (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

É oportuno salientar que, a mudança de governo em 2003, com a eleição de um presidente¹⁰ mais comprometido com as políticas públicas de saúde, elevou as expectativas no que diz respeito às políticas sociais. De acordo com Costa (2013, p. 244), “a expectativa central era de que seriam rompidas as bases neoliberais pela ampliação e pelo fortalecimento da presença do Estado nas políticas sociais”.

Embora as políticas implementadas pelo novo governo não tenham desestabilizado o núcleo da agenda neoliberal como era esperado (COSTA, 2013), Matta e Morosini (2008) destacam os significativos incentivos financeiros direcionados pelo mesmo à SF, a fim de possibilitar a ampliação da cobertura populacional e a reorganização da atenção à saúde.

Ao longo dos anos 2000, a ESF foi se expandindo em todo território nacional, sob indução do MS, ampliando significativamente a sua cobertura populacional. De acordo com

⁷ Sistema de informação territorializado, criado em 1998, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – SIPACS, como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes de SF (BRASIL, 2005).

⁸ Estratégia negociada pelo Ministério da Saúde, para vigência de sete anos com financiamento internacional, visando à organização e ao fortalecimento da atenção básica nos grandes centros urbanos do país (município com mais de cem mil habitantes) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, pp. 54-55)

⁹ Para saber mais vide Portaria MS nº 396, de 04 de abril de 2003, que “reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família, e dá outras providências”, disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0396_04_04_2003.html>.

¹⁰ Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, eleito em 2002, pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

dados do MS, em 2000 havia 8.503 equipes de SF nos país, distribuídas em 5.507 municípios brasileiros, o que correspondia a uma cobertura populacional estimada de 29,2%. Já em 2006, o número de equipes de SF havia mais que triplicado no país, aumentando para 26.861 equipes, com cobertura populacional estimada de 58,7% (BRASIL, 2003; BRASIL, 2009).

No entanto, Borges e Baptista (2010) salientam que no ano de 2006 várias críticas ao modelo de condução da política de descentralização vinham sendo apresentadas, o que culminou na apresentação de uma nova portaria do MS que propunha “um novo pacto pela saúde¹¹ (pacto pela vida, pela saúde e de gestão), estabelecendo como prioridade (uma dentre as seis) a atenção básica à saúde” (BORGES; BAPTISTA, 2010, p. 37).

Neste sentido, Morosini, Fonseca e Lima (2018) apontam que o fortalecimento da APS por meio da ESF foi gradativamente se consolidando, tornando-se uma das dimensões mais importantes do Pacto pela Vida, a fim de “consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (BRASIL, 2006).

Foi neste ano de 2006 também, que o MS lançou a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil, instituída através da Portaria do MS nº 648, de 28 de março de 2006, a qual reafirmava a SF como estratégia principal de configuração da ABS (BRASIL, 2006).

De acordo com a PNAB de 2006:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social [...] considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

¹¹ Para saber mais vide Portaria MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que “divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto”. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

Corbo, Morosini e Pontes (2007) salientam que, a partir deste novo documento norteador da ABS no país, o financiamento das equipes de SF foi alterado mais uma vez, voltando a ter como base o número de equipes implantadas nos municípios e, com a transferência de recursos ficando vinculada à alimentação obrigatória dos dados do SIAB, buscando induzir a ampliação da cobertura de SF nos municípios.

O documento trouxe ainda, como requisitos necessários para a implantação das equipes de SF, a existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, sendo o número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Poderiam ainda, serem incorporados a esta equipe, os profissionais de saúde bucal a depender da modalidade de Equipe de Saúde Bucal (ESB) a ser implantada.

Conforme destacam Morosini, Fonseca e Lima (2018) a Portaria que instituiu a PNAB de 2006, foi revisada em 2011, e buscava

[...] preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 13).

Nogueira (2017) acrescenta que, ao longo de todo período em que o PT esteve na condução do governo no país (2003 a 2016), os documentos oficiais editados mantiveram o destaque dado a APS como estratégia para universalização da atenção em saúde. De acordo com Castro e Machado apud Nogueira (2017, p.155):

O destaque do Plano Plurianual – PPA (BRASIL, 2003a) e no Plano de Metas 2003 (BRASIL, 2003b) dava indícios a respeito dos rumos da política nos anos subsequentes e da compreensão do gestor federal sobre o papel da atenção básica no sistema. A valorização dessa política na agenda federal pode ser vista também a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica e da inclusão da atenção básica como um dos eixos prioritários do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006a). No plano “Mais Saúde – Direito de Todos 2008-2011” (BRASIL, 2008), que se inseria na política de desenvolvimento do governo Lula e partia da afirmação da saúde como uma área que vincula o crescimento econômico ao social, a atenção básica correspondia a aproximadamente 13% das metas setoriais [...] Embora as metas anunciadas não tenham sido alcançadas, houve ampliação significativa e contínua da ESF, com crescimento de 43,8% no número de equipes implantadas. A proporção da população abrangida pela estratégia passou de 31,9% para 52,8% em 2010.

Acerca da revisão da PNAB em 2011, instituída pela Portaria do MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, é válido destacar que embora ela tenha trazido como uma de suas

novidades, a equivalência dos termos Atenção Básica à Saúde e Atenção Primária à Saúde (ABS/APS), ela propôs também uma ampliação do seu escopo de atuação. Nela os termos ABS/APS, agora equivalentes, são caracterizados como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

A PNAB de 2011 manteve a composição mínima para as equipes de SF, as quais deveriam ser compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescentados a esta equipe os profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) (BRASIL, 2011).

Além disso, ela permaneceu agregando à APS atributos de uma APS abrangente, reiterando que a ABS/APS deve ser

[...] desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

Conforme acrescenta Nogueira (2017), a partir dela são propostas mudanças no que se refere ao financiamento da ABS e à especificação das redes de atenção, a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família¹² (NASF), das equipes de SF ribeirinhas e unidades de

¹² Instituído pelo MS através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada 04 de março de 2008, tendo como principal objetivo “apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009, p. 10). Estes núcleos “[...] são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde ,

saúde fluviais, dos profissionais de saúde bucal nas equipes e ainda, a flexibilização da carga horária do profissional médico. Foram mantidas e ampliadas as concepções utilizadas para a formulação da ABS da PNAB anterior, mantendo a ESF enquanto estratégia substitutiva em relação à rede de ABS tradicional, nos territórios em que as ESF se desenvolvem.

No entanto, a autora destaca que:

A ABS no Brasil foi constituída a partir de mediações históricas marcadas pelo modelo de atenção à saúde sanitária e médico hegemônico. Portanto, mesmo que no texto da política esteja explícita a proposta de atenção à saúde de base territorial, integral e através do trabalho em equipe, predominantemente as ações de saúde ainda são orientadas por programas verticalizados, há dificuldades na integração entre os diferentes saberes dos profissionais das equipes e pouco espaço no cotidiano dos serviços para a participação popular (NOGUEIRA, 2017, pp. 158-159).

Além disso, permanecem e aprofundam ao longo dos anos, os desafios apontados por Lobato (2013) em relação à efetivação da proteção social no cenário brasileiro, e resgatados por Andreazzi e Bravo (2014), quando chamam a atenção para as mudanças implementadas ao final dos anos 2000, no que diz respeito à gestão dos programas e unidades de saúde do Estado, através dos chamados “novos modelos de gestão” (ANDREAZZI; BRAVO, 2014, p. 500).

Neste contexto, as autoras salientam a constante inclusão de mecanismos de gestão privada no orçamento público, através da criação das OS e as fundações estatais de direito privado. Elas apontam ainda que, embora a criação das OS não tenha sido nenhuma novidade no cenário brasileiro, “a partir do final dos anos 2000, observa-se uma aceleração no tempo e maior distribuição no espaço nacional de sua adoção por diferentes governos estaduais e municipais” (ANDREAZZI; BRAVO, 2014, p. 500).

Vale a pena destacar também, outro aspecto interessante introduzido a partir da revisão da PNAB em 2011, que foi a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). O programa acaba por constituir-se como mais um mecanismo de gestão que, de certa maneira, insere uma lógica gerencialista na ESF. Sobre a qual desenvolveremos mais adiante.

É oportuno destacar ainda, o exposto por Andreazzi e Bravo (2014), que reforçam que nessa mesma conjuntura, era possível observar a criação dos grandes grupos econômicos, os chamados “conglomerados”, a partir do considerável processo de concentração, fusões e

compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no territórios destas equipes (BRASIL, 2011).

aquisições, ocorrido paralelamente à abertura de capital de empresas, seguros e serviços de saúde privados no país.

Sendo assim, salientamos que apesar da priorização da ESF como uma estratégia de consolidação da APS nas políticas de saúde brasileiras dos anos 2000, a sua expansão foi ocorrendo em meio a uma conjuntura de desafios, em que era cada vez mais comum, a inclusão de uma lógica gerencialista de mercado na operacionalização e avaliação das políticas públicas de saúde no país. Priorizava-se cada vez mais “a flexibilização de procedimentos, a separação entre formulação e implementação e a introdução de elementos de mercado na administração pública” (ANDREAZZI; BRAVO, 2014, p. 500).

Acerca do gerencialismo no setor público, é oportuno apresentarmos o exposto por Mendes e Carnut (2018, p. 1114) que salientam que:

Ao compreendermos o Estado como forma derivada da sociabilidade capitalista, o mundo do trabalho na administração pública também entra em consonância com a fase do capitalismo contemporâneo. Por essa razão, foi imposta ao serviço público a utilização de concepções e técnicas de gestão do setor privado sob o discurso da racionalização e da eficiência que ficou conhecida como gerencialismo.

Portanto, fica evidente em defesa dos interesses de quem ocorreu essa expansão da ESF, através destes novos mecanismos de gestão pública. Além de ir ao encontro dos interesses do complexo médico-industrial-financeiro existente no país, responde também, às diversas demandas dos organismos internacionais (NOGUEIRA, 2017).

Um exemplo bem interessante do aprofundamento dessas questões no cenário da saúde brasileira dos anos 2000, são as formas de avaliação institucionalizadas pelo MS, que permaneceram extremamente ancoradas no ideário neoliberal dos anos 1990. É nessa lógica que se ampara o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pelo MS através da Portaria nº 1.654, de 19 de Julho de 2011 (BRASIL, 2011). Além do PMAQ-AB como mecanismo de avaliação, esta portaria instituiu também no âmbito do SUS, um “incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável” (BRASIL, 2011).

Atualmente, a portaria supracitada foi revogada pela Portaria do MS nº 1.645¹³, de 02 de outubro de 2015 (BRASIL, 2015), a qual descreve como objetivo do referido programa “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de

¹³ Para saber mais sobre o PMAQ-AB vide Portaria MS nº 1.645, de 02 de outubro de 2015, a qual “dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>.

um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde” (BRASIL, 2015).

No entanto, os mecanismos instituídos para avaliação da qualidade da ABS foram adquirindo cada vez mais características do gerencialismo, baseando-se em

[...] indicadores de desempenho e responsabilização dos trabalhadores pelos indicadores de saúde da população através de uma busca por “resolutividade” dos problemas de saúde que seriam supostamente resolvidos somente pela “atuação eficiente” dos trabalhadores de saúde (NOGUEIRA, 2017, p. 162).

Conforme salientam ainda Morosini e Fonseca (2018), a instituição dessa lógica de avaliação na saúde pública acaba por promover mudanças no processo de trabalho, passando a direcioná-lo para o alcance de metas cujos resultados sejam mensuráveis. A partir disso, são instituídos incentivos financeiros em função do alcance da produtividade almejada.

Somam-se ainda a este contexto, o processo de aprofundamento da crise econômica vivenciado pelo país nos últimos anos, marcado por uma conjuntura nacional de instabilidade política e econômica, pela implementação de uma série de medidas de austeridade alinhadas a um projeto neoliberal em franca expansão no país e ainda, o acentuado processo em curso de financeirização da saúde.

Neste contexto, faz-se extremamente necessário e urgente, portanto, uma ampla reflexão acerca desses recorrentes desafios, a fim de equacionar essas questões, tendo em vista que a implantação da ESF não resulta, por si só, em uma mudança no modelo assistencial. Conforme destacam Bornstein, Matta e David (2009, p. 198) “pode haver Unidades de Saúde da Família médico-centradas, assim como outras usuário-centradas, o que vai depender dos diversos modos de agir dos profissionais na relação entre si e com os usuários”.

É válido salientarmos também que, apesar desses diversos desafios ainda a serem superados, a ESF foi adquirindo uma importante base de apoio social, ainda que a mesma tenha sido construída em um contexto inicial bastante adverso, como o dos anos 1990. Contudo, além do reconhecimento das suas possibilidades para a construção de uma estratégia de concretização dos princípios do SUS, é imprescindível a criação de meios que garantam a sua viabilidade, com o investimento nas condições necessárias para que ela se concretize, de fato, enquanto prática transformadora do sistema de saúde brasileiro (MACHADO, 2007).

1.5 A SAÚDE BRASILEIRA EM TEMPOS DE RETROCESSOS: Para onde caminha a saúde no Brasil?

Para além dos diversos avanços e retrocessos já apontados ao longo da trajetória dos quase trinta anos de existência do SUS, é oportuno enfatizarmos neste momento, duas questões cruciais, que tem se aprofundado ainda mais no cenário contemporâneo brasileiro. A questão do subfinanciamento crônico do SUS, e o acentuado processo em curso de financeirização da saúde no país.

Conforme destacam Mendes e Funcia (2016, p. 139) “apesar do avanço que significou a criação do SUS, o Brasil está distante de dedicar a mesma atenção à saúde pública que os demais países que detém um sistema público universal”.

Ao longo das últimas três décadas, a problemática do subfinanciamento do SUS foi marcada não só, pelo aporte insuficiente de recursos, mas também, pela indefinição das suas fontes ao longo dos anos. Sobretudo, diante da turbulência do capitalismo contemporâneo e a persistência dos diversos problemas e desafios ainda longe de serem superados (MENDES, 2015).

Neste sentido, Mendes (2015) chama atenção ainda, para os efeitos diretos da crise contemporânea do capitalismo na saúde pública brasileira. De acordo com o autor, estes efeitos “ocorreram basicamente na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização” (MENDES, 2015, p. 75).

Sendo assim, é imprescindível o reconhecimento da fragilidade financeira do financiamento do SUS, desde o momento de sua criação (MENDES; CARNUT, 2018) e, ainda, a reflexão acerca dos efeitos desastrosos provocados pelo aprofundamento dessas questões, em uma conjuntura de avanço das medidas neoliberais no país.

Mendes e Carnut (2018) acrescentam ainda que, além dessas questões já mencionadas, essa fragilidade se deu também por meio de diversas outras questões como:

[...] ausência de maior comprometimento do Estado brasileiro com alocação de recursos e com melhor distribuição de recursos no Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social); das elevadas transferências de recursos para o setor privado, com recursos direcionados às modalidades privatizantes de gestão (organizações sociais – OS, organizações da sociedade civil de interesse público – Oscip, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebsrh, e fundações estatais públicas de direito público/privado com contratos celetistas) e ao aumento significativo das renúncias fiscais; e de um gasto público financiado por uma estrutura tributária defasada em relação à dinâmica do capitalismo financeirizado, sustentada por tributos que incidem com maior significância na dimensão produtiva (MENDES; CARNUT, 2018, p. 1112).

Nas discussões realizadas ao longo da história da saúde pública no Brasil, o financiamento do sistema de saúde nacional sempre foi tratado como um tema problemático e desafiador (MENDES; FUNCIA, 2016). Esse processo vem se aprofundando cada vez mais, principalmente considerando que mesmo

nesses tempos difíceis de supremacia do capital financeiro, o Estado brasileiro não parou de conceder apoio ao setor privado, utilizando-se de mecanismos de funcionamento que impõe riscos à saúde universal. Podemos identificar vários aspectos que vêm diminuindo a capacidade de atuação do Estado brasileiro, prejudicada, por exemplo, pelo subfinanciamento do SUS, bem como pela adoção de novas “modalidades de gestão” com mecanismos gerenciais mercantis (MENDES; CARNUT, 2018, p. 1106).

Sendo assim, não faltaram, portanto, incentivos dos governos federais para o crescimento da saúde privada ao longo das décadas de 1990, 2000 e 2010. Além disso, é válido destacar ainda que a última década foi iniciada sem que esses grandes embates no âmbito do financiamento do SUS fossem solucionados (MENDES, 2015; MENDES; CARNUT; 2018).

Conforme salientam Mendes e Funcia (2016), o financiamento do SUS no período que antecede a regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29/2000, por meio da Lei complementar nº 141/2012, “foi caracterizado pela insegurança e indefinição, fruto de embates entre as diferentes áreas da Seguridade Social e, principalmente, dos conflitos com as autoridades econômicas do governo federal” (MENDES; FUNCIA, 2016, p. 144).

No entanto, Mendes (2015) advoga ainda que, nem mesmo com a regulamentação da EC 29/2000 em 2012, após quase doze anos de espera, foram garantidos novos recursos financeiros para a saúde universal, principalmente recursos provenientes da União.

Conforme destaca o autor, mesmo com a aprovação desta lei “as grandes tensões do financiamento não foram resolvidas, à medida que se manteve o cálculo anterior da participação do governo federal na aplicação dos recursos para o SUS (valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB)” (MENDES, 2015, p. 76).

No ano de 2015, a questão do subfinanciamento do SUS foi agravada ainda mais, com a aprovação de duas medidas apoiadas pelo governo federal. A primeira diz respeito à aprovação da Lei nº 13.097/2015, que alterou a Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990), passando a permitir a exploração do capital estrangeiro nos serviços de saúde. E a segunda medida, refere-se à aprovação da EC 86/2015, a qual alterou a base de cálculo de aplicação de recursos do governo federal para 13,2% da receita corrente líquida em 2016, elevando-se de

forma escalonada, até alcançar 15% da mesma, no quinto exercício financeiro, em 2020 (MENDES; FUNCIA, 2016; MENDES; CARNUT, 2018).

Essas medidas geraram diversos efeitos negativos¹⁴ referentes à queda nos recursos financeiros destinados ao SUS, já indicando um cenário futuro de agravamento do subfinanciamento em curso desde a sua criação, colocando em risco até mesmo, a sua viabilidade enquanto um sistema universal de saúde (MENDES; FUNCIA, 2016; MENDES; CARNUT, 2018).

Conforme destacam Costa, Mélo e Nogueira (2018), todo esse cenário foi agravado consideravelmente pelo impeachment da presidente Dilma Rousseff, em 2016. De acordo com as autoras:

Não mais interessado no projeto “neodesenvolvimentista”, a ofensiva restauradora do grande capital internacional e das frações da burguesia brasileira a ele associadas encontrou caminho livre para avançar, dando início ao “golpe midiático-jurídico-parlamentar”. O golpe, implementado por deputados e senadores profundamente envolvidos em casos de corrupção (cerca de 60%), levou a presidência do Brasil o presidente interino Michel Temer, que vem estabelecendo medidas antidemocráticas, antipopulares e antinacionais (COSTA; MÉLLO; NOGUEIRA, 2018, p. 1101).

Morosini, Fonseca e Lima (2018) acrescentam que com o impedimento da presidente Dilma Rousseff, que culminou na assunção do seu vice Michel Temer à presidência, foi possível observar “o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 13).

Ressalta-se que neste contexto, foi introduzida uma das maiores medidas de austeridade já vistas na histórica evolução do subfinanciamento do SUS: a EC 95/2016 (antiga Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 241/216), “que impõe à saúde pública sua desestruturação e privatização crescente” (MENDES; CARNUT, 2018, p. 1113).

Conforme descreve Mendes e Carnut (2018, p. 1113):

A EC 95 (Brasil, 2016b) revogou o escalonamento previsto pela EC 86 (Brasil, 2015) e limitou a expansão dos gastos públicos (despesas primárias) pelos próximos 20 anos, baseando-se no valor das despesas de 2017 corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE). Essa austera medida parece ser a expressão mais marcante do Estado em sintonia com a lógica do capitalismo contemporâneo [...] especialmente porque não estabeleceu limites para juros e outras despesas.

¹⁴ Para saber mais sobre os efeitos das medidas aprovadas pelo governo federal (Lei nº 13.097/2015 e EC 86/2015) vide Mendes e Funcia (2016).

Todas essas medidas implementadas, associadas à conjuntura em que elas têm sido impostas, produzem efeitos extremamente perversos nas diversas políticas públicas, impactando diretamente nas condições de vida das populações mais pobres. Sobretudo, no que diz respeito ao financiamento do SUS, marcado pelo subfinanciamento crônico, agora sem perspectiva de superação (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Com isso, coloca-se em risco, não só, a viabilidade do sistema público de saúde adotado no país, mas também, a própria garantia do direito à saúde, conforme conquistado e legitimado na CF brasileira em 1988 (BRASIL, 1988). Diante de tamanha desconstrução em curso das políticas de saúde, faz-se oportuno o questionamento ora apresentado no título desta seção: Para onde caminha a saúde no Brasil?

Embora não tenhamos a pretensão de encontrarmos uma resposta efetiva para o questionamento proposto, faz-se oportuno o apontamento dos reflexos de toda essa conjuntura de retrocessos vivenciados no cenário brasileiro contemporâneo, nas políticas de saúde do país, e em especial, no que diz respeito à revisão da PNAB ocorrida no ano de 2017. É o que apresentaremos na próxima seção deste capítulo.

1.5.1 A conjuntura nacional e seus reflexos na Política Nacional de Atenção Básica

Sem o propósito de esgotarmos ainda as discussões a serem realizadas acerca da revisão da PNAB ocorrida em 2017, pretendemos nesta seção, abordar brevemente alguns aspectos da perspectiva regressiva utilizada na revisão desta política de saúde e ainda, alguns reflexos do contexto nacional marcado pela ofensiva ultraliberal em curso no país, que atenta de forma acelerada contra direitos conquistados pela classe trabalhadora ao longo dos anos.

Para dar início a nossa reflexão, é válido destacar o exposto por Ocké-Reis (2017), que apresenta uma interessante avaliação acerca dos reflexos das medidas de austeridade na saúde brasileira. De acordo com o autor:

No caso da saúde, a aplicação da política de austeridade assume contornos dramáticos, em especial em países como o Brasil, da periferia capitalista, que sofre pressão das multinacionais do complexo médico-industrial e apresenta características estruturais de um país subdesenvolvido e dependente: pobreza, desigualdade, violência e baixos níveis educacionais e culturais. Isso para não falar do subfinanciamento crônico das políticas de saúde, agora diante de um verdadeiro ataque ao estatuto de direito social com a Emenda Constitucional 95 e com o golpe parlamentar promovido pela direita neoliberal (OCKÉ-REIS. 2017, p. 367).

Sendo assim, dentre os diversos ataques direcionados aos direitos conquistados pela classe trabalhadora, a reformulação da PNAB surge, portanto, em meio a uma conjuntura de graves retrocessos no país. Aprovada em 30 de agosto de 2017, ela foi editada sem que houvesse uma discussão que fosse possível uma ampla participação social. O seu texto preliminar foi apresentado na Comissão Intergestores Tripartite¹⁵ (CIT) em 27 de Julho de 2017, logo em seguida sendo encaminhada para a consulta pública por apenas dez dias. No entanto, apesar do curto espaço de tempo da consulta, foram obtidas mais de 6 mil contribuições, as quais além de não terem gerado mudanças expressivas no texto original da política, também não tiveram divulgados os seus resultados (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Neste contexto, a nova versão da PNAB 2017, que permanece em vigor nos dias atuais, institui uma série de mudanças que seguindo na lógica das contrarreformas que ganharam espaço nos últimos anos no país

promovem a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política. Argumenta-se que sua revisão indica sérios riscos para as conquistas obtidas com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Na conjuntura atual de fortalecimento da ideologia neoliberal, tais modificações reforçam a subtração de direitos e o processo de desconstrução do Sistema Único de Saúde em curso no País (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 11).

Além disso, conforme destacam Morosini e Fonseca (2017), ao apropriar-se de argumentos relacionados às especificidades sanitárias do território para relativizar a cobertura da atenção básica, a revisão da PNAB, ocorrida em 2017, demonstra uma perspectiva extremamente regressiva, retomando a concepção de APSS tão defendida por OI para os países em desenvolvimento. Torna-se evidente mais uma vez, a permanência do debate longe de ser superado, acerca dos diversos sentidos de APS em disputa no país.

Nesta perspectiva “uma parte da população estaria destinada a compor o mercado de consumo privado e segmentado dos planos de saúde, em detrimento da universalidade como princípio, conforme concebido no projeto da Reforma Sanitária” (MOROSINI; FONSECA, 2017, p. 2).

Outra característica marcante do texto da nova PNAB, apontada por Morosini, Fonseca e Lima (2018), diz respeito a uma pretensa possibilidade de flexibilização das

¹⁵ Instância colegiada de articulação, negociação e pactuação entre os gestores das três esferas de governo, para a regulamentação e a operacionalização das políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

alternativas para configuração e implementação da AB, com justificativas ancoradas na necessidade de atender especificidades locorregionais. Conforme salientam as autoras

Supostamente, amplia-se a liberdade de escolha dos gestores do SUS, o que poderia ser visto como positivo por responder às demandas de um processo de descentralização mais efetivo. Entretanto, esse processo só se completaria com a transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, e com os mecanismos de controle social e participação popular (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 14).

No entanto, diante da conjuntura atual de retrocessos vivenciados no país, é válido destacar o cenário de verdadeiro desmonte das políticas sociais em curso, que indica a adoção de limites expressivos, a partir dos quais a nova PNAB e as suas possibilidades vem se consolidando (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Almeida et al. (2018) sistematizaram um comparativo entre as PNAB de 2011 e 2017, que sintetiza algumas das mudanças identificadas a partir da análise da revisão da política, segundo eixos temáticos. Estes eixos temáticos vão desde o financiamento de novos modelos de organização da AB, passando pela integração entre AB e vigilância em saúde, pelas possibilidades de reconfigurações das equipes de SF, alteração nas atribuições dos ACS e até mesmo, possibilitando além da redução do número desses profissionais nas equipes de SF, a sua supressão nos novos arranjos previstos na política.

Conforme já salientado anteriormente, a decisão acerca da adoção ou não dessas possíveis alterações ficaria a cargo das gestões municipais, com a justificativa de que assim seria possível o atendimento das necessidades baseadas nas vulnerabilidades do território. No entanto, é importante salientarmos o exposto por Morosini, Fonseca e Lima (2018) que nos alertam para o modo ambivalente em que o texto da PNAB é construído, “incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 14).

Neste contexto, além de um reposicionamento da ESF e a retomada da AB tradicional¹⁶, a PNAB de 2017 acaba por induzir uma profunda

¹⁶ Modo de organizar a AB que volta ser reconhecida na PNAB de 2017, que diferente do que é preconizado para as unidades de SF, permitem uma composição mínima sem a presença de ACS. Em Geral, a equipe é composta por médicos clínicos e especialistas, enfermeiros e técnicos em enfermagem, cujo processo de trabalho retoma um modo de compreender o indivíduo “de forma isolada de seu contexto familiar e dos valores socioculturais, com tendência generalizante, fragmentando-o e compartimentando-o, descontextualizando-o de suas realidades familiar e comunitária” (BRASIL, 2000, p. 9). Possui ainda um enfoque assistencialista e desarticulador que trata os indivíduos de forma passiva e não como cidadãos com direitos resguardados

reconfiguração/descharacterização do processo de trabalho das equipes de APS, podendo trazer sérios retrocessos à expansão do acesso e à efetivação do direito à saúde, alcançado ao longo dos anos, com a priorização da ESF como estratégia de reorientação do modelo assistencial no país.

Morosini, Fonseca e Lima (2018) nos alertam ainda para as possíveis consequências desse processo acelerado de descompromisso dos gestores federais com a oferta universal dos serviços de AB, dentre elas “a segmentação do acesso ao cuidado; a desvinculação das equipes dos territórios; e a desqualificação do trabalho de ACS e ACE, acentuando o seu caráter utilitarista de suas atividades e o reforço à privatização” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 22).

Por entendermos que muitas das mudanças propostas pela nova PNAB, mantém uma relação direta com os ataques recentes ao trabalho dos ACS, optamos por abordar algumas destas questões de forma mais detalhada no capítulo seguinte, na seção que versará sobre o trabalho dos ACS na contemporaneidade.

No entanto, faz-se oportuno destacar ainda, o exposto por Morosini, Fonseca e Lima (2018) que salientam que a articulação de todas essas questões, além de agravar ainda mais o risco de desassistência de parte expressiva da população, impactam diretamente na perda da qualidade da AB ofertada. Sobretudo, diante da atual conjuntura nacional, em que vivenciamos no país um governo de extrema direita ultraliberal, conservador e extremamente autoritário. Além de promover a valorização do mercado financeiro, em detrimento das políticas sociais, o governo em curso defende abertamente um projeto societário que atenta contra as populações mais vulneráveis e aos direitos legalmente constituídos da classe trabalhadora. Tudo isso, acentua ainda mais o processo crescente de retirada de direitos e aprofundamento da desigualdade social no país.

Conforme ressaltam Morosini e Fonseca (2017, p.1)

Diante do desmonte progressivo da face pública do Estado brasileiro e de suas instituições democráticas, as políticas públicas, de um modo geral, e o Sistema Único de Saúde (SUS), em particular, têm sofrido pressões para a conversão integral dos direitos sociais à lógica de mercado. Nesse contexto, a saúde torna-se objeto fundamental na acirrada competição do setor privado pelo fundo público, em um insidioso propósito de transformar em mercadoria as mais diversas dimensões do viver humano em sociedade.

Portanto, diante dessa redução expressiva do papel do Estado nas políticas sociais, os reflexos dessa conjuntura de retrocessos tornam-se ainda mais evidentes no país, inclusive materializando-se na adoção de políticas cada vez mais regressivas e focalizadoras. Sendo assim, para finalizar esta seção, voltamos a propor mais uma vez a reflexão acerca do questionamento levantado inicialmente. Para além do questionamento acerca dos rumos que a APS deve tomar nos próximos anos, faz-se extremamente necessário refletirmos também, em relação aos interesses de quem a reformulação dessas políticas tem buscado atender e acerca das prioridades defendidas pelos governantes, sob justificativa da necessidade da adoção de um ajuste fiscal rigoroso.

No caso da PNAB em especial, por mais obscuro que o texto possa querer parecer, podemos concluir que, em favor da garantia de direitos da classe trabalhadora, está longe de ser. Conclusão esta, que deve nortear e impulsionar a luta a ser travada pela população, contra a ofensiva aos direitos conquistados, em favor da manutenção e garantia dos direitos legalmente constituídos, porém tão ameaçados no cenário brasileiro contemporâneo.

CAPÍTULO 2 - O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA INSERÇÃO NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: INSTITUINDO UMA NOVA CATEGORIA PROFISSIONAL

Escorel *et al.* (2007, p. 165) destacam que:

A estratégia de saúde da família encerra, em sua concepção, mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma população circunscrita, definir o generalista como o profissional médico de atenção básica e instituir novos profissionais, a saber, os agentes comunitários de saúde, voltados para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade.

Neste sentido, Bornstein *et al.* (2014) salientam que tanto o PACS como o PSF/ESF apresentam o ACS como um elemento inovador na composição das equipes de saúde. As autoras descrevem ainda que, além das indicações dos OI para expansão de cobertura de APS no país e, da possibilidade da constituição da competência cultural como um dos atributos derivados da APS mencionados anteriormente, o investimento nessa inovação tem sido frequentemente associado também, aos resultados exitosos do trabalho desses agentes no enfrentamento a determinados problemas de saúde.

No entanto, de acordo com Bornstein, Matta e David (2009) as experiências com os agentes de saúde no cenário brasileiro antecedem a criação do PACS e do PSF. Os autores descrevem que “as propostas de formação e utilização dos agentes comunitários de saúde como força de trabalho em saúde, numa perspectiva transformadora das relações entre profissionais e classes populares, remontam aos anos de 1970/80” (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009, p. 192).

Estes trabalhadores, que eram em sua maioria mulheres, atuavam principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, com o objetivo principal de contribuir para a redução da mortalidade materno-infantil, que crescia assustadoramente naquela época (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009; DURÃO *et al.*, 2013).

É válido destacar ainda, o contexto inicial de trabalho desses agentes, marcado pelos efeitos regressivos advindos da ditadura militar instalada no país, que negava à população o direito de participação democrática. Com o apoio de setores do clero e de algumas ordens religiosas, o trabalho desenvolvido por estes trabalhadores buscava também, lutar contra este regime político em vigor e a favor das demandas populares existentes na época, configurando-

se “como uma perspectiva de ruptura com os modos tradicionais de ofertar ações de saúde” (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009, p. 193).

Não é por acaso, que Silva e Dalmaso (2002) advogam a existência de dois componentes ou dimensões principais da proposta de atuação desses profissionais. Conforme descrevem as autoras:

[...] um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro mais político, porém não apenas de solidariedade à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida mas, também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições. Este componente político expressa, na dependência da proposta considerada, duas expectativas diversas ou complementares: o agente como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao auto-cuidado – dimensão mais ético-comunitária - e o agente como fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social (SILVA; DALMASO, 2002, p. 77).

É nessa perspectiva do resgate da dimensão política da saúde, defendida por Borges, Abrunhosa e Machado (2009), que acreditamos na potencialidade do trabalho desenvolvido pelo ACS. Os autores destacam ainda que:

Não estamos depositando exclusivamente no ACS aposta na construção de relação de cuidado pautada na integralidade e acessibilidade. Ao contrário, entendemos que essas devem ser premissas de qualquer trabalhador da área da saúde. Por outro lado, é preciso reafirmar que, quando admitimos que o ACS agrega peculiaridades no seu modo no trabalho, percebemos que este profissional pode ser um importante ator promotor de mudanças e superação da lógica tradicional biomédica que hoje impera no sistema de saúde (BORGES; ABRUNHOSA; MACHADO, 2009, p. 187).

Sendo assim, para dar continuidade ao presente estudo, iniciamos este segundo capítulo realizando um breve resgate histórico da inserção dos ACS nas políticas públicas de saúde no Brasil, abordando também, um pouco do caráter regressivo adotado com as mudanças que vêm ocorrendo no processo de trabalho desses profissionais, ao longo dos últimos anos. Em seguida, realizaremos uma discussão acerca da importância do papel essencialmente proposto para este profissional, considerado estratégico para a consolidação da ESF enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial no país.

Não é o propósito deste capítulo, esgotar as discussões acerca das diversas mudanças que foram ocorrendo ao longo dos anos, mas sim, buscar subsídios para realização das análises propostas no presente estudo. Sobretudo, diante da conjuntura de retrocessos em que essas mudanças se inserem, dos possíveis efeitos regressivos que elas podem implicar para o

desenvolvimento da APS em uma perspectiva abrangente e integral e, da importância do trabalho dos ACS neste contexto.

2.1 O ACS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: um breve resgate histórico

Conforme destacam Durão *et al.* (2013) foi em 1987, no Ceará, que foi implementada a primeira política estatal envolvendo os agentes de saúde. Além de uma frente de trabalho que tinha por objetivo gerar emprego para as mulheres na área da seca, a política de saúde implementada objetivava principalmente, o desenvolvimento de ações que promovessem a redução da mortalidade materno-infantil.

Foi pautando-se nos resultados exitosos desse programa pioneiro implementado no Ceará, que o governo Collor de Melo criou, em 1991, o PNACS. A partir do qual, a atuação dos ACS passou a fazer parte de uma política mais ampla de Estado (DURÃO *et al.*, 2009; DURÃO *et al.*, 2013).

Foi por meio do PNACS, renomeado como PACS, a partir de 1992, que o MS “não só institucionalizou as experiências que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país, como também garantiu legitimidade à função dos ACS” (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007, p. 84).

Conforme descrito por Bornstein *et al.* (2014, p. 1330):

Ainda que existissem agentes de saúde atuando em vários pontos do Brasil, antes da criação das políticas públicas de saúde que os inserem no SUS, é possível dizer que são essas políticas que efetivamente dão a esses agentes o status de trabalhadores. É a partir delas que aparece formalmente a ocupação de ACS.

Concebido inicialmente, com o propósito de reverter os índices apresentados pelos indicadores de morbimortalidade de segmentos populacionais excluídos da atenção à saúde, o PACS concentrava suas ações, em atividades educativas desenvolvidas pelo ACS (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013). Neste contexto:

O agente comunitário atuava em um território definido, sob a supervisão de um enfermeiro. Era responsável por um determinado número de domicílios que visitava regularmente, acompanhando e registrando as condições de saúde, fornecendo orientações preventivas e difundindo técnicas simples e de alto impacto nos indicadores de saúde, como terapia de reidratação oral, aleitamento materno e incentivo à imunização, que compõem o pacote GOBI – sigla, em inglês, que combina os procedimentos growth monitoring (acompanhamento do crescimento), oral rehydration (reidratação oral), breast-feeding (aleitamento materno) e

immunization (imunização) – proposto pela Unicef nos anos 1980, nos marcos da APS seletiva. A preparação do ACS para o trabalho ocorria em serviço e era de responsabilidade do enfermeiro-supervisor (FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013, p. 538).

Faz-se oportuno destacar também, que embora o PACS tenha surgido em um contexto de muita expectativa em face da recente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ele surge em uma conjuntura, em que o ideário neoliberal adquiria cada vez mais força no país (DURÃO *et al.*, 2009; DURÃO *et al.*, 2013).

Apesar disso, conforme destacam Durão *et al.* (2013, p. 422)

À época já se sublinhava a importância dessas agentes para a ampliação da atenção básica na direção de segmentos da população excluídos dos serviços de saúde. Considerava-se que seu trabalho contribuiria para a consolidação do novo sistema de saúde, cujo princípio – a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988) – fora assegurado na Constituição de 1988.

Além disso, a implantação do PACS no Nordeste trouxe impactos significativos, promovendo uma importante transformação nos indicadores de saúde no que diz respeito, principalmente, à mortalidade materno-infantil a partir do desenvolvimento de atividades de orientação e informação da população. Neste sentido, os bons resultados obtidos com a experiência desses programas apontaram a relevância do trabalho dos ACS para os serviços básicos de saúde, contribuindo de forma significativa para a criação do PSF, em 1994 (DURÃO *et al.*, 2013).

Em sua concepção original, o PACS tinha como requisitos para a atuação do ACS, além da necessidade do mesmo residir na comunidade onde fosse trabalhar, que ele tivesse no mínimo 18 anos de idade, soubesse ler e escrever e ainda, tivesse disponibilidade para atuar oito horas diárias. Além disso, o programa possuía um sistema de informação específico, no qual, eram registradas as atividades cotidianas dos agentes, além de alguns dados referentes a morbidade e mortalidade (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Corbo, Morosini e Pontes (2007) acrescentam ainda que, nesse programa, cada ACS era responsável pelo acompanhamento de 100 a 250 famílias da sua área de atuação, atendendo um número máximo de 750 pessoas. A avaliação e a supervisão do trabalho dos agentes eram realizadas por um profissional enfermeiro, que deveria ter sob sua responsabilidade um número máximo de trinta ACS.

Com o PSF, os ACS foram inseridos em uma equipe de saúde multiprofissional, composta também por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Conforme já mencionado no capítulo anterior, a partir de 1996, apesar das reformas de orientação

neoliberal, o PSF adquire destaque nas agendas de governo, passando a ser visto, não mais como um programa, mas como uma estratégia de mudança do modelo assistencial (DURÃO *et al.*, 2009).

Nesse novo modelo de atenção à saúde que foi sendo estruturado ao longo da implementação do SUS, os ACS emergiram então, como uma nova categoria de profissionais instituída no sistema público de saúde, adquirindo papel estratégico para o desenvolvimento dos programas implementados, sendo incorporados às equipes de saúde para atuarem como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde (BARROS *et al.*, 2010; FONSECA, 2013).

No entanto, apesar da importância destes profissionais para o programa e seu papel estratégico para o fortalecimento da APS, os ACS foram incorporados ao então PSF, ainda sem a existência de instrumentos legais que normatizassem, de fato, a sua atuação. Não foram estabelecidos critérios bem determinados para sua qualificação profissional e, nem mesmo, para a regulamentação dessa nova categoria (BARROS *et al.*, 2010). Durão *et al.* (2013) reforçam, que por mais de uma década, o trabalho dos ACS não teve reconhecido um estatuto para a profissão, sendo considerado apenas uma função.

Foi somente em dezembro de 1997 que foi publicada a Portaria do MS nº 1.886, a qual aprovou as normas e diretrizes do PACS e do PSF, definindo as atribuições dos ACS e centrando sua atuação, essencialmente, em atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças. Além disso, com o objetivo de fortalecer sua inserção em atividades educativas e comunitárias, a portaria vedava ainda a estes profissionais, a realização de atividades típicas de serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

A portaria em questão definiu ainda algumas diretrizes operacionais que deveriam ser observadas para a operacionalização dos programas. Dentre elas, definiu como um dos requisitos para o exercício da função de ACS, residir há pelo menos dois anos na área aonde fosse exercer suas atividades, mantendo assim, o caráter comunitário pensado inicialmente para este profissional. Além disso, era necessário saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades. O recrutamento dos mesmos deveria ocorrer, mediante realização de processo seletivo. Cada ACS deveria ainda, trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, sendo cada um responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas (BRASIL, 1997).

A portaria previa também que a capacitação dos ACS deveria “ocorrer em serviço de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor, com

a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde” (BRASIL, 1997).

Em termos legais, somente através da Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002, que a profissão foi criada oficialmente, sendo caracterizada pelo “exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local” (BRASIL, 2002) (BARROS *et al.*, 2010; DURÃO *et al.*, 2013).

De acordo com Durão *et al.* (2013, pp. 422) a “profissionalização foi correlata da ampliação das exigências de qualificação, prevista em lei e demandada pelos próprios trabalhadores”. A partir da Lei nº 10.507/2002, passa a ser exigido então, além da conclusão do Ensino Fundamental, a conclusão com aproveitamento de curso de qualificação básica para a formação de ACS, como requisitos para o exercício da profissão (BRASIL, 2002).

Esta lei foi revogada pela Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, que além de promover uma série de ajustes na lei anterior, passou a regulamentar a profissão desde então. Com a nova lei, passou a ser necessário para o exercício da profissão de ACS, que o mesmo residisse na área da comunidade em que fosse atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo, não havendo mais a exigência de que o mesmo residisse na comunidade há pelo menos dois anos. Além disso, era exigido o Ensino Fundamental completo e a conclusão, com aproveitamento, do curso introdutório de formação inicial e continuada (BARROS *et al.*, 2010; BRASIL, 2006; DURÃO *et al.*, 2013).

De acordo com a Lei nº 11.350/2006, em sua versão original, o ACS passa a ter como atribuições

[...] o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal [...] São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação: I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade; II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva; III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

As diretrizes estabelecidas inicialmente pela Portaria nº 1.886/1997 foram também revisadas pela Portaria nº 648, que aprovou a PNAB de 2006. Ela preservou a concepção do

trabalho do ACS centrado nas atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, porém, passando a permitir que ele desenvolvesse ações de saúde dentro das unidades básicas de sua referência, desde que essas ações estivessem vinculadas às atribuições descritas na portaria (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

A PNAB de 2006 define também, alguns itens necessários à implantação das equipes de SF. Dentre eles, ela estabeleceu a necessidade da existência de uma equipe multiprofissional, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes, composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Esta equipe deveria ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes (BRASIL, 2006).

Bornstein *et al.* (2014, p. 1329) defendem que na PNAB de 2006

[...] a reorganização da atenção à saúde foi entendida no sentido da substituição do modelo tradicional de assistência, com racionalidade biomédica, voltado para a cura de doenças e “hospitalocêntrico”, por outro, cujas principais características são: o enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social, como unidade de ação; a adscrição de clientela por meio da definição de território de abrangência da equipe; a estruturação de equipe multiprofissional; a ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população ao invés da ênfase na demanda espontânea; a atuação intersetorial com vistas à promoção da saúde (BORNSTEIN *et al.*, 2014, p. 1329).

No entanto, Morosini e Fonseca (2018) salientam que embora a PNAB de 2006 tenha sido publicada no mesmo ano que a Lei nº 11.350, esta lei assume um caráter muito mais amplo do papel dos ACS do que na política instituída em 2006. Muito em função da participação do movimento organizado dos próprios agentes na sua formulação.

Ainda assim, consideramos que a PNAB de 2006 constituiu-se como um verdadeiro avanço por estabelecer também, como um dos requisitos necessários para a implantação das equipes de SF, a necessidade de existência de “número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família” (BRASIL, 2006).

Além disso, ela passou a prever também “a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica” (BRASIL, 2006), evidenciando o destaque direcionado a estes profissionais, tendo em vista o reconhecimento dado à potência do seu trabalho, na tentativa de reversão efetiva do modelo assistencial.

Para a organização da implantação desta estratégia, foram estabelecidos também alguns itens necessários. Dentre eles, a existência de uma UBS de referência para os ACS,

inscrita no Cadastro Geral de estabelecimentos de saúde do MS, a existência de um enfermeiro supervisor compoendo a equipe de ACS e também, a definição das microareas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população também não deveria ser superior a 750 pessoas, assim como estabelecido para as equipes de SF (BRASIL, 2006).

Considerando que todos esses documentos mencionados anteriormente, representam os diversos avanços obtidos no que diz respeito à formalização da profissão dos ACS, é válido destacarmos mais uma vez, as conquistas obtidas no plano legislativo com a aprovação das Leis nº 10.507/2002 e nº 11.350/2006, que além de criarem oficialmente a profissão de ACS, passam a regulamentá-la (MOROSINI; FONSECA; 2018).

A primeira versão da PNAB em 2006, também segue na mesma linha ao apresentar, além das atribuições comuns a todos os profissionais, atribuições específicas para estes profissionais. De acordo com o documento de 2006 (BRASIL, 2006), além das atribuições globais, comuns a todos os profissionais inseridos nas equipes de SF, passam a ser atribuições mínimas específicas para o ACS:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2006).

Morosini e Fonseca (2018) acrescentam que desde o ano de 2006, as configurações do trabalho dos ACS passaram a ser objeto das definições estabelecidas nas PNAB de 2006 e, nas suas subseqüentes atualizações, em 2011 e 2017. No entanto, as autoras destacam que:

Até 2006, nos documentos normativos, as atribuições dos ACS enfatizavam o caráter educativo do trabalho, com atividades de orientação e acompanhamento das famílias e de grupos específicos, de mobilização social, de articulação intersetorial e de produção de informação. O lócus de atuação prioritário era o território, e a visita domiciliar era a estratégia principal (MOROSINI; FONSECA, 2018, p. 266).

As autoras supracitadas acreditam na ocorrência de um redirecionamento nas diretrizes do trabalho, a partir da publicação da primeira PNAB em 2006. Com isso, as ações de educação perdem a centralidade, passando a ser apresentadas como meios de efetivação de outras atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde. Essa tendência se acentua ainda mais com a segunda edição da PNAB em 2011 (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Conforme destacam as autoras

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. 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 (MOROSINI; FONSECA, 2018, p. 266).

Em revisão da PNAB de 2006, a PNAB de 2011, instituída pela Portaria nº 2.488 de 2011 (BRASIL, 2011), traz como algumas novidades nas atribuições dos ACS, além da possibilidade destes profissionais realizarem atividades de atenção à demanda espontânea, a incorporação do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) e de ações de combate a outras doenças, como atribuições específicas desses profissionais (PINTO, 2016).

Além disso, conforme destacam Morosini e Fonseca (2018, p. 267):

O diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade deixa de ser atribuição do ACS, assim como as ações voltadas ao fortalecimento da relação entre o setor saúde e outras áreas das políticas públicas. Não se trata aqui de verificarmos perdas pontuais, mas de caracterizarmos a alteração de sentido que se produz em torno do trabalho do ACS. Consolida-se o compromisso com atividades fragmentadas, como 'cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados'. Caracteriza-se a transição de uma atividade com escopo amplo e complexo (produção do diagnóstico) para uma tarefa de cunho predominantemente operacional (cadastramento).

Embora algumas ações essenciais tenham permanecido no escopo de atribuições dos ACS por todos esses anos, algumas atribuições foram constantemente sendo incorporadas e/ou substituídas por outras que podem inclusive, prejudicar o desenvolvimento de suas ações principais, centradas na promoção da saúde e prevenção de doenças (PINTO, 2016). A autora afirma que:

Compreende-se que as funções basilares dos ACSs foram mantidas, entretanto entre idas e vindas surge uma incumbência aqui e outra acolá, que ora estão ligadas mais à doença, ora às atividades burocráticas. Assim, por vezes, o território e as pessoas vão dividindo espaço e tempo com o acolhimento, com os registros, com a demanda espontânea e com o Bolsa Família. Claro que alguns programas e algumas

atividades são novatos, todavia reafirmamos que o tempo para as principais funções do ACS vai sendo capturado por outras atribuições (PINTO, 2016, p. 33-34).

Sendo assim, “essa mudança de sentido vai redefinindo não apenas o escopo de práticas dos ACS, mas também o significado do território para o seu trabalho” (MOROSINI; FONSECA, 2018, p. 267). Ao prever que o ACS passe a desenvolver ações dentro das unidades de saúde, promove-se um verdadeiro deslocamento do eixo do seu trabalho do território para a instituição. Além de menos tempo para o desenvolvimento do seu trabalho na comunidade, o trabalho desenvolvido pelo ACS passa a ser, gradativamente, orientado por uma racionalidade que atende a propósitos muito específicos, que remetem muito mais à uma lógica gerencialista e menos aos princípios estruturantes da ESF (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Apesar da reiteração da centralidade da prevenção de doenças e da promoção da saúde no trabalho do ACS na legislação e nas políticas que norteiam a atuação destes profissionais, a inclusão de atribuições cada vez mais voltadas para ações de cunho burocrático, associadas à sobrecarga de trabalho, ao desvio de função e às formas de avaliação do seu trabalho, tem sido frequentemente apontados como fatores limitantes para a realização do trabalho educativo desses agentes (BORNSTEIN *et al.*, 2014).

Consideramos que, apesar da sua centralidade na reorganização do sistema de saúde, os ACS têm suas atividades desqualificadas pelo desenho da mesma política que o efetivam como elementos imprescindíveis desse processo de mudança. A fragilidade das políticas de APS de diversos municípios, associadas a desvalorização e precarização dos vínculos e da formação desses profissionais, colocam em risco o avanço na reorientação do modelo assistencial, prejudicando a atenção às reais necessidades da população e aos princípios e diretrizes do SUS (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009; DURÃO *et al.*, 2009).

Portanto, conforme destacam Morosini e Fonseca (2018, p. 272):

Assumindo a educação em saúde como o eixo principal do trabalho dos ACS e o compromisso com uma APS forte, reafirma-se a necessidade de produzir políticas públicas direcionadas para a qualificação desse trabalho de modo a atender às diferentes configurações da vida e das relações sociais, nos diversos territórios e contextos nos quais o processo saúde-doença se constrói e se expressa. Um caminho necessário para essa construção futura é a retomada da formação técnica dos ACS. Assumi-la como um processo que precisa ser implementado integralmente e oferecido a todos os ACS é condição para que se fortaleçam parâmetros nacionais para a sua formação e profissionalização.

Diante disso, faz-se extremamente necessário que a formação desses trabalhadores seja baseada em processos emancipatórios e em práticas profissionais que permitam o pleno

desenvolvimento de suas potencialidades, almejando o alcance da universalidade, equidade, integralidade e da redemocratização pela saúde (BORGES; ABRUNHOSA; MACHADO, 2009).

Essas questões se asseveram ainda mais, com a adoção, no setor público, da lógica, das práticas e dos instrumentos baseados na Nova Gestão Pública (NGP). A implementação na saúde pública, desses novos modelos de gestão próprios da iniciativa privada, acaba por produzir a reestruturação do processo de trabalho, que passa a ser direcionado para o alcance de metas mensuráveis (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Conforme destacam Morosini e Fonseca (2018, p. 268)

A APS não está isenta dessa racionalidade que é viabilizada por meio de mecanismos de gestão inseridos na lógica da avaliação, mas limitados às práticas de monitoramento. Resultados, indicadores e metas tornam-se componentes que organizam a reflexão sobre o que tem valor no trabalho e integram-se ao vocabulário que media as interações profissionais. Essa concepção de gestão inclui 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.

Neste sentido, as formas instituídas para a avaliação do trabalho do ACS ao longo dos anos, tem reforçado ainda mais o parcelamento e a simplificação do trabalho desses profissionais, contribuindo de forma significativa “para a diluição das práticas mais emancipatórias da educação em saúde, cuja submissão a uma perspectiva utilitarista acarreta o enfraquecimento do papel de agente de mobilização desse trabalhador” (FONSECA; MENDONÇA, 2014, p. 356).

Morosini e Fonseca (2018, p. 268) acrescentam ainda que

Amplia-se a desqualificação do trabalho dos ACS que se aprofunda na mesma proporção em que se retoma o predomínio da racionalidade biomédica. As ações de educação em saúde são particularmente sensíveis a esse tipo de inflexão e tendem crescentemente a se tornar ações de educação para a saúde. Não somente o tempo, mas também a energia dos ACS passam a ser disputados por duas lógicas: uma que valoriza o trabalho educativo em si e outra que o circunscreve à condição de viabilizador do acesso ao território e do alcance das metas

Pode-se afirmar que, ao longo dos últimos anos, verificou-se uma verdadeira transição do sentido do trabalho do ACS. Enquanto antes, o mesmo possuía uma finalidade própria, centrada na educação em saúde, e com um papel de articulação com as ações desenvolvidas pelos serviços, atualmente, este trabalho tem se caracterizado, cada vez mais, como uma

atividade meio, muito mais comprometida com objetivos imediatistas do que estruturantes de um novo modelo de atenção (MOROSINI; FONSECA 2018).

Dessa forma, ao empreender uma análise do conjunto de atribuições e das possíveis contradições existentes nos processos de prescrição, informação e avaliação da ESF, Bornstein *et al.* (2014) chamam a atenção para a amplitude das atividades prescritas para os ACS. Assim como Morosini e Fonseca (2018), as autoras sugerem a construção de diferentes sentidos para a atuação desses profissionais ao longo dos anos, impulsionada principalmente, pelo caráter ampliado e inespecífico do trabalho preconizado para os mesmos.

Isso se agrava ainda mais no cenário contemporâneo brasileiro, em que vivenciamos além de um processo acelerado de desmonte das políticas públicas no país, uma progressiva retirada de direitos conquistados pela classe trabalhadora. Além da aprovação da emenda constitucional nº 95/2016, que restringe os recursos a serem direcionados aos investimentos em políticas sociais como saúde e a educação por exemplo, foram aprovadas as regressivas contrarreformas trabalhista e da previdência. Somam-se ainda nesse contexto, o processo de desvalorização e desqualificação de diversas categorias profissionais, empreendido pelo próprio governo em curso. Sobretudo, no que diz respeito ao funcionalismo público.

No que diz respeito aos ACS, embora o trabalho desenvolvido por eles tenha os colocado em posição de destaque na APS, sendo inclusive considerados “de fundamental importância para a concretização da ESF e efetivação do conceito ampliado de saúde” (COSTA *et al.*, 2013, p. 2154), recentemente estes profissionais vêm sofrendo uma série de ataques que não só, tendem a descaracterizar o seu processo de trabalho mas também, colocam em xeque, até mesmo, a sua própria existência enquanto profissionais do SUS.

Neste sentido, um dos acontecimentos que geraram muita preocupação foi a publicação das portarias do MS nº 958 e nº 959, ainda no governo Dilma Rousseff, em maio de 2016. A Portaria nº 958 alterava o anexo da PNAB 2011, possibilitando uma alteração na composição das equipes mínimas da ESF. Com isso, essas equipes não precisariam necessariamente ter o ACS em sua composição. Além disso, ela permitia inclusive, que os municípios os substituíssem por auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, o que traria significativos retrocessos para o modelo de APS.

Em suas análises acerca dessas portarias publicadas pelo MS, Nogueira (2017) aponta o reforço do modelo médico-hegemônico que representaria a substituição dos ACS por técnicos de enfermagem nas equipes mínimas da ESF conforme era proposto, indo “na contramão do que se defende em relação à transformação do modelo de atenção, que

almejamos ter com base na participação popular e na educação popular” (NOGUEIRA, 2017, 462).

A autora destaca ainda que:

A portaria se contrapôs a um dos principais argumentos e fundamentos da ESF, que é ser uma nova proposta de modelo de atenção, que se apoiaria na medicina comunitária, no território, nas práticas de promoção da saúde e prevenção das doenças, reforçando os princípios da integralidade e da participação social, a partir dos vínculos estabelecidos entre trabalhadores da saúde e usuários do SUS (NOGUEIRA, 2017, p. 461).

Estas portarias foram recebidas sob muitos protestos da maioria dos profissionais de saúde, comunidade acadêmica e, sobretudo, pela categoria dos ACS, que se mobilizaram ativamente, posicionando-se contrariamente à implementação das mesmas. Após muitas mobilizações e embates, elas foram então revogadas. No entanto, Morosini e Fonseca (2017, p. 1) destacam que “ainda que tenha sido anulada, como efeito da mobilização do movimento organizado dos agentes, a portaria explicita uma proposta que se mantém em debate”.

Embora poucos meses depois tenha havido uma mudança de governo, em virtude do *impeachment* sofrido pela então presidente Dilma Rousseff, com consequente assunção de seu vice Michel Temer à cadeira presidencial, as portarias já eram um prenúncio do retrocesso que estava por vir na concepção de APS no Brasil.

Conforme destacado por Nogueira (2017, p. 468), “todo o processo que levou a formulação e publicação das portarias demonstra o esvaziamento dos princípios do SUS, um funcionamento tecnocrático e mesmo autoritário das instâncias de gestão”, uma lógica muito presente nos anos seguintes, em que a reformulação da PNAB, anunciada pela CIT logo em seguida a revogação das portarias, foi sendo elaborada.

Morosini, Fonseca e Lima (2018) salientam ainda, que essas tendências preocupantes que serviriam de base para revisão da PNAB 2011 já vinham sendo anunciadas, pelo menos, desde a realização do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, em outubro de 2016. Elas destacam a perspectiva regressiva dessas tendências, conforme já apontado por Morosini e Fonseca (2017) anteriormente, “que geram preocupação pela perspectiva restritiva que apresentam, num momento em que a correlação de forças está muito desfavorável aos que defendem a saúde como um direito” (MOROSINI; FONSECA, 2017, p. 1).

A nova PNAB foi sendo construída então, em um contexto nacional de aprofundamento da crise econômica, e em uma conjuntura em que o governo em curso no país, mesmo sendo considerado ilegítimo e tendo suas ações repudiadas por grande parte da

população, implementava uma série de medidas de austeridade, alinhadas com o projeto neoliberal em franca expansão no país. Aprovada em 30 de agosto de 2017, ela foi editada sem que houvesse uma discussão que fosse possível uma ampla participação social.

Embora a nova PNAB reafirme a SF como estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS no país, ela passa a reconhecer também outros arranjos para as equipes de APS, flexibilizando a composição mínima das equipes de saúde, ficando a critério dos gestores municipais essa definição (BRASIL, 2017).

Neste sentido, no que tange à inclusão do ACS, além de passar a prever a possibilidade de equipes sem a presença desses profissionais (equipes de AB – eAB), ela deixa de estabelecer os critérios mínimos para o número de ACS nas equipes de SF (eSF). De acordo com o novo documento norteador da APS no país

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 (BRASIL, 2017).

Conforme salientam Morosini, Fonseca e Lima (2018) promove-se uma relativização da cobertura populacional por meio da indefinição do número de ACS, que articuladas às demais alterações previstas “abrem um precedente inédito na história da PNAB, que desestabiliza o compromisso da política com a universalidade da atenção à saúde no SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 16).

As autoras analisam ainda que:

Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. Lembre-se, aqui, que o ACS é um trabalhador que deveria ser o ‘elo’ entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. Entre esses processos, destacam-se a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 16).

A aprovação da nova política trouxe também, mudanças nas atribuições dos ACS. Além de passar a considerar a possibilidade desses profissionais desenvolverem novas atividades sob supervisão, durante a realização da visita domiciliar (VD), como aferição de

pressão arterial e temperatura axilar, medição de glicemia capilar e realização de curativos, ela passa a prever também, a fusão dos ACS com os Agentes de Combate a Endemias (ACE). Inclusive prevendo atribuições comuns às duas profissões, sob justificativa de que a AB e a vigilância em saúde deveriam se unir buscando maior resolutividade das ações desenvolvidas no território (BRASIL, 2017).

De acordo com Morosini, Fonseca e Lima (2018), esse processo de mudanças no trabalho dos ACS promove

uma descaracterização do seu trabalho, que já vem sendo esvaziado das ações de educação em saúde, em virtude da priorização de atividades associadas às 'linhas de cuidado', que têm assumido um foco na prevenção de doenças, assim destinando a esses trabalhadores ações mais pontuais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 20).

Poucos meses depois, em alinhamento com a PNAB revista em 2017, a Lei nº 13.595/2018 (BRASIL, 2018) é aprovada, promovendo alterações na Lei nº 11.350/2006, dispondo também, sobre a reformulação das atribuições e condições de trabalho dos ACS. Ela incorpora, assim como a PNAB de 2017, uma série de atribuições de cunho clínico ao trabalho dos ACS, até então privativas de outras profissões.

Mais recentemente ainda, ocorreu a aprovação da Lei nº 13.708 em 14 de agosto de 2018, também propondo alterações na Lei 11.350 de 2006, objetivando “modificar normas que regulam o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias” (BRASIL, 2018). A partir das alterações instituídas por essa lei, a presença dos ACS deixa de ser obrigatória na estrutura da APS, mantendo a obrigatoriedade da sua presença apenas na ESF.

Na conjuntura atual, em que vivenciamos uma drástica redução de recursos para investimentos em políticas sociais e uma avassaladora retirada de direitos da classe trabalhadora, essa possibilidade torna-se extremamente atraente para as gestões municipais. Sobretudo, considerando as recentes conquistas desses trabalhadores, em relação aos vínculos empregatícios e à definição do piso salarial¹⁷ da categoria, nos últimos anos (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

¹⁷ A partir da aprovação da Lei nº 13.708/2018, fica estabelecido o piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, fixado no valor de R\$ 1.550,00 (mil quinhentos e cinquenta reais) mensais, obedecido o seguinte escalonamento: I - R\$ 1.250,00 (mil duzentos e cinquenta reais) em 1º de janeiro de 2019; II - R\$ 1.400,00 (mil e quatrocentos reais) em 1º de janeiro de 2020; III - R\$ 1.550,00 (mil quinhentos e cinquenta reais) em 1º de janeiro de 2021.

Com discursos pautados na otimização e no questionável aumento da resolutividade do trabalho realizado pelos agentes de saúde, as recentes normativas do MS propõem mudanças expressivas nas atribuições dos ACS, trazendo diversos retrocessos para o trabalho desenvolvido por estes profissionais. Conforme analisam Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 18):

O prejuízo recai principalmente sobre as ações educativas e de promoção da saúde, pautadas pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada, que configuram bases importantes para a reestruturação do modelo de atenção à saúde.

Faz-se oportuno salientarmos aqui, a necessidade de refletirmos criticamente acerca dessa noção de resolutividade por meio da qual o trabalho dos ACS vem sendo desqualificado (MOROSINI; FONSECA, 2018). Neste sentido Morosini e Fonseca (2018, p. 272) defendem que “confirmando-se a adesão ao entendimento 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”.

Neste sentido, essas recentes mudanças nas atribuições e na organização do trabalho dos ACS, propostas pela reformulação dos documentos que norteiam a sua atuação na APS, evidenciam uma constante tendência de valorização produtivista desses trabalhadores e ainda, a lógica mercantilista com que a saúde vem sendo conduzida. Almejando uma resolutividade baseada em indicadores imediatos da situação de saúde, tende-se a distanciar o trabalho desenvolvido por estes profissionais do seu papel essencialmente proposto, tendo em vista que:

A importância da inserção do seu trabalho, em relação à dinâmica (re) organizativa do modelo de atenção de saúde, prevista pelas políticas institucionais, está ligada não só às ações técnicas biomédicas do serviço de saúde, como também ao seu papel na construção de um alargamento da inclusão social dos sujeitos e das famílias, historicamente destituídos de acesso aos serviços de saúde. Evoca-se na sua atuação, a partir da idealização do papel comunitário, um sujeito capaz de reconstruir laços de solidariedade, para possível integração social, e de contribuir para manutenção/transformação de determinados valores de saúde e sociedade no contexto da realização do trabalho na área da saúde (MARTINS, 2014, pp. 80-81).

É nesse contexto que a nova PNAB, revisada em 2017, é construída, promovendo uma série de mudanças regressivas para APS a nível nacional, induzindo a uma série de mudanças no processo de trabalho dos ACS, colocando em risco, até mesmo, a sua existência no SUS.

Diante disso, faz-se oportuno, ressaltarmos a importância do trabalho desenvolvido por estes profissionais, para a efetivação da reorientação do modelo assistencial esperada com a ESF. Considerando que este é um tema central para as análises propostas no presente estudo, é isto que faremos na próxima seção desse capítulo.

2.2 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A CENTRALIDADE DO SEU PAPEL NA ESF

Conforme descrito no documento elaborado pela OPAS, em 2011, intitulado “A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate” (OPAS, 2011), a ESF foi construída, baseada em fundamentos da saúde pública, com o propósito de atuar a partir do pressuposto de que as pessoas e as famílias vivem em territórios de vida, os quais, influenciam direta ou indiretamente as suas condições de vida e sua saúde. De acordo com o documento:

A opção da ESF é por um sistema cooperativo e não competitivo. Essa singularidade da ESF deve ser preservada e aprofundada. Os problemas indiscutíveis que essa estratégia apresenta não serão superados por uma agenda restrita, fixada na forma do trabalho médico nas equipes de saúde da família. Mesmo porque, qualquer que seja o modelo utilizado, ele não funcionará bem sem a superação dos problemas estruturais que apresenta a APS no SUS (OPAS, 2011 p. 87).

Neste sentido, o documento supracitado faz referência à uma publicação de um editorial do prestigioso *British Medical Journal* (BMJ 2010; 341:c4945), assinado por *Matthew Harris e Andy Haines*, dois renomados especialistas em saúde pública da Grã-Bretanha, chamando a atenção para o reconhecimento internacional, indicativo do êxito obtido pelo caminho seguido pelo Brasil com a ESF. De acordo com a OPAS (2011, p. 39):

Harris e Haines afirmam que a ESF deve ser reconhecida, hoje, como uma real política de sucesso, advinda da criação do SUS, sistema no qual uma mudança expressiva se traduz no foco dado a uma APS integral, gratuita, com financiamento público, muito próxima aos termos da Declaração de Alma-Ata. Os resultados de tal política são bastante visíveis nos últimos 20 anos, entre eles se destacando a queda da mortalidade infantil, de 48/1.000 para 17/1.000; a diminuição das internações hospitalares devidas a diabetes e acidente vascular cerebral, em 25%; a redução da proporção de crianças abaixo de cinco anos com baixo peso em 67%; o fato de que 75% das gestantes hoje dispõem de sete ou mais consultas de pré-natal; as cifras superiores a 95% na cobertura de vacina de tríplice (DPT) em crianças menores de um ano na maioria dos municípios, entre outros aspectos favoráveis.

Ao analisar os resultados exitosos descritos por *Harris e Haines*, o documento elaborado pela OPAS (OPAS, 2011) enfatiza a importância do papel exercido pelos ACS, para a viabilização desses resultados obtidos com a variante brasileira da APS, o Programa (ou Estratégia) de SF.

Faz-se oportuno destacarmos aqui o exposto por *Durão et al.* (2009, p. 228) que defendem que

A atividade dos ACS foi criada prioritariamente para dar conta de necessidades fundamentais dos setores que mais sofrem com os efeitos da mundialização do capital. Neste sentido, ela está intimamente ligada ao movimento desigual e combinado do processo de acumulação do capitalismo que produz, ao mesmo tempo, um avanço acelerado das bases tecnológicas e um aumento crescente do nível de precarização de vida da maioria da população.

Não é por acaso, portanto, que *Martins* (2014) destaca que o ACS é considerado a figura central na reorientação do modelo assistencial através da APS, tendo a SF como estratégia principal nesse contexto. A autora advoga que “a importância atribuída a sua atuação está relacionada ao consenso do seu papel mediador (“elo”) entre o serviço de saúde e a ‘comunidade’ territorialmente adscrita às equipes” (MARTINS, 2014, p. 80).

Entendido como um elemento inovador da ESF, o ACS é descrito por *Borges, Abrunhosa e Machado* (2009, p. 172) como

[...] profissional capaz de contribuir para o rompimento com um modelo tradicional de atenção à saúde de características fragmentárias e reducionistas, baseado na doença e na coisificação do usuário e capaz de contribuir para a construção de sistemas de saúde mais permeáveis às demandas territoriais e ao caráter democrático para o qual as relações de cuidado em saúde podem contribuir.

Pinto et al. (2017, p. 790) acrescentam ainda que “a vinculação deste profissional com a comunidade advém da sua implicação com as mesmas dificuldades da população que acompanha”. Sendo assim, a construção da sua identidade envolve, portanto, muitas especificidades que se relacionam tanto ao papel que ele desempenha enquanto membro da comunidade, quanto como trabalhador da equipe de saúde.

Neste sentido, o ACS desponta como um facilitador da criação de vínculos, em virtude de sua dupla inserção no território de atuação da equipe de saúde, seja como membro da comunidade ou como profissional de saúde. (BORGES; ABRUNHOSA; MACHADO, 2009).

Conforme destacam *Borges, Abrunhosa e Machado* (2009, p. 174) “o vínculo diz de uma ligação mais ou menos estável, mais ou menos durável, mas certamente preenche de

sentido e necessariamente um elo – ou um laço – entre duas ou mais pessoas interessadas em algo comum”.

Bornstein, Matta e David (2008, pp. 209-210) defendem que:

A percepção do vínculo rompe com a lógica da atenção com base no processo patológico e na demanda espontânea, e avança para a produção de um processo de trabalho que recoloca o ACS como alguém que não apenas “faz o que se manda”, mas que também cria estratégias e modos de agir com base numa sabedoria prudente e solidária. Neste sentido, pode-se afirmar que se estabelecem formas de trabalho vivo, que depende mais do jeito e do conhecimento do trabalhador para sua produção, mas que, por não corresponderem a lógica predeterminada dos serviços, possuem pouca ou nenhuma visibilidade e importância.

Portanto, o ACS torna-se um importante profissional do cuidado em saúde, tendo em vista não só, a sua possibilidade de formação de laços, mas principalmente, a sua responsabilidade e empenho na manutenção e na estabilidade desses laços construídos na comunidade (BORGES; ABRUNHOSA; MACHADO, 2009).

Sendo assim, entendido como uma extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade, o ACS é considerado um personagem fundamental na ESF. O trabalho desenvolvido por ele possibilita a flexibilização dos espaços de cuidado e contribui de forma efetiva para a melhoria da qualidade de vida da população, na medida em que suas ações permitem a transformação de situações-problema que afetam a vida dessas famílias (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016; BORGES; ABRUNHOSA; MACHADO, 2009).

Além disso, o ACS é o profissional que está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, se destacando pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural exercida por ele. Dessa forma, a sua aproximação com o território possibilita não só o reconhecimento das reais necessidades da população, mas também, o estímulo à organização e ao protagonismo social no que diz respeito às reivindicações da comunidade. Não só as necessidades relacionadas diretamente com a saúde, mas também as associadas às diversas situações cotidianas, como a destinação adequada do lixo, saneamento básico, condições precárias de moradia, situações de exclusão social e desemprego e, até mesmo, casos de violência intrafamiliar, uso e abuso de drogas lícitas e/ou ilícitas, acidentes, dentre outras (BRASIL, 2009).

É válido salientar também, que embora exista a necessidade de acompanhamento de todas as famílias e pessoas residentes no território, através da visita domiciliar, a sua atuação não deve permanecer restrita apenas ao domicílio. Ela deve ocorrer o tempo todo, nos diversos espaços comunitários. É essa implicação do ACS no território que favorece a

identificação dos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, que possam vir a interferir na saúde das famílias de onde ele atua. Este é o elemento diferencial que permite que o ACS, ao reconhecer as condições de vida da população e as suas reais necessidades, possa atuar de forma mais qualificada junto à equipe de saúde, considerando a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2009).

Conforme apontam Bornstein e Stotz (2008) são os ACS os membros da equipe de saúde que possuem maior conhecimento acerca do território em que atuam. Conhecem a realidade do território, a dinâmica e as formas de organização social, os valores e conhecimentos que circulam entre os membros da comunidade, facilitando assim, o trânsito da equipe e o estabelecimento de parcerias e articulações locais.

O ACS assume um papel de articulador, tendo em vista que além de desenvolver ações no território, junto à comunidade, também informa a equipe de saúde sobre a situação de saúde e vida das famílias. Ao identificar uma situação-problema, ele busca interagir tanto com a equipe de saúde, quanto com a comunidade e com os diversos outros setores existentes, na busca em conjunto por uma solução, favorecendo assim as discussões intersetoriais (COSTA *et al.*, 2013; BRASIL, 2009).

Ávila (2011) enfatiza também, o papel essencialmente promotor de saúde proposto para este profissional, destacando dentre as várias atribuições do mesmo, a função principal de educação em saúde junto às famílias, a ser realizada por ele em seu cotidiano de trabalho.

Bornstein, Matta e David (2009) advogam que o trabalho de educação em saúde é “fundamental para se considerar a existência de substituição do modelo tradicional de assistência voltado para a cura de doenças por um modelo que tenha seu foco sobre a prevenção de doenças e a promoção da saúde (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009, p. 216)

No entanto, Bornstein e Stotz (2008) destacam a necessidade de que essas ações desenvolvidas pelos ACS sejam baseadas nos princípios da educação popular, considerando e valorizando os saberes prévios dos educandos e respeitando-os em sua singularidade. De acordo com os autores, assim busca-se a superação do risco iminente de que essas mediações realizadas pelos ACS acabem ocorrendo de forma verticalizada, priorizando a sobreposição das orientações em saúde, no sentido de promover um tipo de convencimento da população em relação ao valor do saber tecnocientífico, em detrimento da valorização do saber popular.

Conforme defendem Bornstein, Matta e David (2009, p. 210)

o trabalho educativo realizado pelo agente de saúde, pode ser de grande importância para a mudança do modelo de atenção, na medida em que fortaleça a autonomia da população, possibilite a expressão de suas necessidades, sua organização e a construção de um sistema de saúde humanizado.

O trabalho desenvolvido pelos ACS deve ser pautado, portanto, no “duplo reconhecimento que deve embasar o trabalho em saúde: entre dois ou mais sujeitos que se reconhecem enquanto sujeitos, enquanto portadores de conhecimento e poder. Cidadãos” (BORGES; ABRUNHOSA; MACHADO, 2009, pp. 176-177), promovendo assim, a efetivação do protagonismo desses indivíduos na construção de um sistema público de saúde, de fato, integral e universal.

Conforme destaca Bornstein *et al.* (2014, p. 1333):

No que se refere à atuação educativa do ACS, devem ser destacadas algumas particularidades do “encontro” entre saberes. Esse profissional transita entre saberes distintos, o popular e o científico, o que confere potência a seu trabalho e implica no desafio de conciliar posições diversas: adquiriu um saber técnico, que lhe dá um status profissional, e, simultaneamente, tem acesso aos saberes advindos da classe popular, a qual pertence. Ao mesmo tempo que tem como suporte um saber valorizado socialmente, deve preservar o saber popular, que seria sua marca.

Sendo assim, o ACS enquanto educador, possui conhecimento acerca da realidade local da comunidade, construindo junto com ela processos pedagógicos, instâncias de aprendizado mútuo e comunitário (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Durão *et al.* (2009) acrescenta ainda, que a inserção do ACS na ESF mantém relação direta com a dificuldade de os demais profissionais de saúde, compreenderem as reais necessidades de saúde da população. As autoras afirmam que:

Os ACS, pelo fato de estarem muito próximos da realidade dos usuários dos serviços e, por isso mesmo, compartilham dos mesmos códigos culturais, contribuiriam de forma decisiva para a transformação da atenção em saúde do SUS no sentido de torna-la menos curativa e menos centrada na biomedicina (DURÃO *et al.*, 2009, p. 236).

Neste sentido, constitui-se ainda um verdadeiro desafio a ser superado, por todos aqueles que acreditam no direito à saúde e na defesa da vida, como valores que merecem ser defendidos na sociedade brasileira, fazer da experiência e da prática do ACS um importante norteador do processo de trabalho na SF (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009).

Diante do contexto de reformas recente, que dentre outras coisas, induz a uma série de mudanças nas formas de organização da APS no país, faz-se extremamente necessário entendermos melhor os efeitos da incorporação dessas mudanças no cotidiano de trabalho dos

ACS a nível local. É o que pretendemos apresentar nos capítulos seguintes, a partir da análise e discussão dos resultados encontrados na pesquisa de campo realizada nesse estudo.

CAPÍTULO 3 – PERCURSO METODOLÓGICO

Para que fosse possível o alcance dos objetivos propostos neste estudo, optamos por realizá-lo a partir de uma abordagem qualitativa, em virtude da riqueza de dados descritivos que essa abordagem pode oferecer (LAKATOS; MARCONI, 2017) e, considerando, conforme argumentam Minayo, Deslandes e Gomes (2015, p. 21) que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças dos valores e das atitudes.

Sendo assim, para a construção do mesmo, optamos pela realização de uma revisão bibliográfica e documental inicial, associada a um estudo de campo, tendo em vista que os estudos de campo permitem um “aprofundamento das questões propostas” (GIL, 2008, p. 57). Esse processo foi organizado em três etapas que serão descritas ao longo deste capítulo.

O cenário eleito para o desenvolvimento do estudo de campo foi o município de Pinheiral, pertencente à Região do Médio Paraíba, no interior do Estado do Rio de Janeiro.

Este município foi eleito como cenário de pesquisa tendo em vista o conhecimento prévio do pesquisador acerca da rede de atenção à saúde do local, o qual já há alguns anos, tem a ESF como estratégia prioritária de reorientação do modelo de atenção à saúde.

Na tentativa de situar melhor o leitor em relação à evolução das características do município e ainda, realizar uma melhor contextualização do cenário eleito para a pesquisa, apresentaremos no capítulo seguinte um breve resgate da história do município de Pinheiral e a caracterização do cenário de APS encontrado na época da pesquisa.

Portanto, na primeira etapa do estudo foi realizado um levantamento de textos normativos, legislativos e acadêmicos referentes a temática abordada, a fim de alicerçar a construção das análises propostas no mesmo. Para tanto, a construção deste arcabouço teórico foi baseada na consulta a livros e artigos científicos que abordassem a temática em questão, a informações disponíveis em sites oficiais do MS e da Prefeitura do município cenário de pesquisa, e outros documentos que pudessem contribuir para o desenvolvimento do estudo, como Leis e Portarias com âmbito nacional e municipal.

A segunda etapa da pesquisa foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ), sendo desenvolvida a partir da realização de entrevista

semiestruturada com a gestora da APS no município. Além disso, foram obtidos documentos e leis produzidos em âmbito municipal, a fim de realizar uma análise documental que pudesse complementar essas informações obtidas junto à gestora.

Portanto, para a coleta de dados referente a segunda etapa do estudo, foi convidada a participar a gestora oficialmente responsável pela coordenação da ESF e pela orientação do processo de trabalho dos ACS no município. Ela foi convidada a participar do presente estudo, tendo em vista o seu envolvimento com o planejamento e a organização das ações de APS no município, possibilitando tanto a obtenção de dados referentes a estrutura de saúde e o modo com que a APS tem sido organizada nos últimos anos, como também, de dados referentes ao modo de planejamento e organização do processo de trabalho dos ACS nesse contexto.

A participação da gestora consistiu em responder a uma entrevista semiestruturada, individual, baseada em um roteiro de entrevista previamente elaborado para esta finalidade (APÊNDICE A). Para realização da mesma, foi agendado um encontro formal, com duração de aproximadamente 1 hora, em local externo ao seu ambiente de trabalho.

Neste encontro, foram realizadas inicialmente a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E), para que então, procedêssemos a entrevista. O registro das respostas obtidas foi realizado através de gravação eletrônica por meio de aplicativo de gravação de voz disponível no *Smartphone Samsung Galaxy J7 Metal* (Versão 21.0.24.111).

Após a realização da entrevista, aproveitamos a oportunidade para acordarmos os procedimentos a serem realizados para coleta de dados junto aos ACS do município (Etapa 3).

A terceira etapa de coleta de dados foi dividida em duas fases. A fase inicial, com a aplicação dos questionários de caracterização do perfil dos ACS do município (APÊNDICE B) e a segunda fase, que consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas com alguns ACS, baseadas em um roteiro de entrevista previamente elaborado para esta finalidade (APÊNDICE C).

Para a coleta de dados da primeira fase, foram convidados todos os profissionais ACS atuantes nas USF do município de Pinheiral – RJ. Consideramos que a participação dos ACS do município no presente estudo seria imprescindível para que os objetivos do mesmo pudessem ser atingidos. Principalmente, por acreditarmos que só assim seria possível conhecer efetivamente o cotidiano de trabalho desses profissionais e ainda, identificar as possíveis mudanças que têm sido incorporadas no seu processo de trabalho, nos últimos anos.

Não é à toa que, desde o início da construção deste projeto, já era planejada uma forma de coleta de dados, a qual envolvesse estas trabalhadoras e trabalhadores como participantes ativos na reflexão proposta. O que se mostrou de extrema relevância, à medida que o projeto foi sendo materializado na prática, com o protagonismo desses atores sociais na (re) construção da trajetória de atuação dos mesmos, no (re) conhecimento das mudanças instituídas no seu cotidiano de trabalho e, até mesmo, no compartilhamento de histórias de vida pessoal e profissional, sonhos, frustrações e perspectivas de futuro.

Salientamos que, a princípio, o convite a estes profissionais seria realizado em uma reunião, previamente agendada junto à coordenação e aos ACS, dentro do horário de expediente de trabalho, a fim de que fosse possível, além da realização de todos os esclarecimentos referentes à pesquisa, buscar a sensibilização dos ACS acerca da relevância da pesquisa e quanto à importância de sua participação na mesma.

No entanto, logo de início nos deparamos com a primeira dificuldade. Reunir todos esses trabalhadores e trabalhadoras, ainda que durante o horário de trabalho dos mesmos, em uma única reunião. Após algumas conversas com a gestão, optamos então por realizar reuniões de forma parcial, com grupos de ACS por unidade de SF, nas suas próprias unidades de referência.

Foram realizadas então, as visitas a cada USF, para que pudéssemos apresentar o projeto de pesquisa aos ACS, esclarecer todas as dúvidas em relação aos objetivos do projeto e a importância da participação dos mesmos, procedermos a leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICE D) e a aplicação dos questionários de caracterização. Ressaltamos que, embora este momento inicial tenha ocorrido nas USF, o mesmo ocorreu de forma reservada, em sala privativa, sem a participação e/ou qualquer tipo de interferência da chefia imediata dos ACS.

Desde essa fase inicial de coleta dados com os ACS, em que foi possível uma aproximação dos participantes da pesquisa durante a aplicação dos questionários, já foi possível identificar o quanto estes profissionais ansiavam em serem ouvidos, em compartilhar suas experiências, e em gritar enquanto classe, o quanto seu papel e o seu processo de trabalho vem sendo descaracterizado e o seu trabalho desvalorizado.

Faz-se oportuno salientarmos que este momento inicial, em que procedemos nossos primeiros contatos com os ACS do município de Pinheiral-RJ, ocorreu no desenrolar da realização de um processo seletivo público para contratação de novos ACS.

Portanto, a aplicação dos questionários de caracterização do perfil dos ACS do município, foi realizado em meio a uma conjuntura de medos e incertezas. Era notório a tensão por parte de alguns deles, que demonstravam muito receio em participar, até mesmo de

uma conversa inicial para a apresentação do projeto de pesquisa, por conta da precariedade dos vínculos de trabalho ainda existentes no município.

No entanto, após apresentação minuciosa do projeto de pesquisa, conseguimos adesão significativa dos ACS, o que permitiu a construção do perfil desses elementos-chave para a consolidação da ESF no município.

Todos os ACS abordados aceitaram participar desta fase inicial, assinaram o TCLE e realizaram o preenchimento individual do questionário de caracterização proposto.

Após a aplicação dos questionários de caracterização, os dados obtidos foram digitados eletronicamente, através da ferramenta *Google Forms*, para que pudessem ser organizados para análise, através de planilhas e gráficos gerados através do aplicativo *Microsoft Office Excel*.

Salientamos que, conforme já mencionado anteriormente, esta primeira fase permitiu uma aproximação do pesquisador junto aos participantes da pesquisa. O questionário aplicado neste momento inicial, além de permitir um delineamento do perfil sociodemográfico desses profissionais, serviu de base para a obtenção de informações que subsidiaram a seleção dos ACS que participariam da segunda fase desta etapa de coleta de dados.

Sendo assim, para a realização da segunda fase desta etapa, foram convidados doze ACS, tendo como critérios de seleção a disponibilidade dos profissionais em participar de forma voluntária da entrevista e o tempo mínimo de 4 anos de atuação como ACS na ESF do município.

Além disso, buscou-se selecionar ACS de diferentes USF, que tivessem passado por processos formativos variados ao longo de sua carreira profissional, ou seja, tanto ACS que tivessem realizado apenas o Curso introdutório, como profissionais que tivessem concluído algum módulo do Curso Técnico em ACS ou ainda, que tivessem concluído os três módulos do Curso técnico em ACS.

A instituição do tempo mínimo de 4 anos de atuação como um dos critérios de seleção se justifica considerando que, este poderia ser o tempo mínimo de atuação necessário para que fosse possível a percepção acerca das mudanças ocorridas entre o período que antecede as principais alterações instituídas pela nova PNAB em 2017.

A coleta de dados desta fase foi desenvolvida a partir da realização de entrevistas semiestruturadas com os ACS selecionados. As entrevistas foram realizadas individualmente, em datas acordadas pelo pesquisador junto a cada um dos participantes selecionados, em local externo às USF de referência dos ACS, para que pudessem ser realizadas em ambiente calmo e tranquilo, sem a presença e/ou interferência da chefia imediata ou de outras pessoas que

pudessem gerar algum tipo de transtornos ou constrangimentos aos sujeitos participantes da pesquisa.

Assim como na entrevista realizada com a gestora, o registro das respostas obtidas foi realizado através de gravação eletrônica, por meio de aplicativo de gravação de voz disponível no *Smartphone Samsung Galaxy J7 Metal* (Versão 21.0.24.111).

Após a realização das entrevistas, todos os registros gravados eletronicamente foram transcritos através de digitação por meio do aplicativo de texto *Microsoft Office Word*, para que pudessem então, serem analisados e interpretados os dados, buscando atender aos objetivos da pesquisa.

A partir de então, foi iniciado o processo de análise dos dados e a construção do capítulo de apresentação e discussão dos resultados (Capítulo 4), o qual foi organizado em quatro seções.

Para a construção da seção de abertura do capítulo em questão, empreendemos ainda uma busca acerca de publicações e documentos que pudessem nos auxiliar a compor uma breve descrição da história do município de Pinheiral. Dessa forma, foram utilizados para tal, publicações elaboradas por pesquisadores locais (BARBOSA *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2018), complementadas por informações disponíveis em sites oficiais da internet como a página oficial do próprio município, a página da Fundação CEPERJ (Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro), a página do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a página do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, dentre outras.

A seção seguinte, a qual versa sobre a caracterização do cenário de APS encontrado à época da pesquisa, foi construída tendo como base o encontro formal realizado com a gestora da APS do município. Além das informações obtidas junto à coordenação da APS, buscou-se reunir documentos e informações que pudessem nos auxiliar na reconstrução formal de um breve resgate histórico da implantação da APS no município. No entanto, mesmo após solicitação junto à coordenação, foram encontrados poucos documentos que pudessem contribuir de forma significativa para tal.

Portanto, a construção do presente foi baseada essencialmente no relato obtido através da entrevista realizada com a gestora da APS do município, complementado com algumas informações acerca da estrutura de APS, disponibilizadas por escrito pela mesma, e as duas leis municipais que versam sobre a criação do emprego público de ACS, encontradas em pesquisa realizada junto ao site oficial da prefeitura de Pinheiral-RJ.

Embora reconheçamos que esta parte possa apresentar algumas limitações, em virtude da mesma ter sido elaborada, em grande parte, baseada no depoimento de apenas uma participante, acreditamos que a sua participação tenha contribuído de forma significativa, tendo em vista o seu envolvimento com o planejamento e a organização das ações de APS no município, que permitiram tanto a obtenção de dados referentes a estrutura de saúde e o modo com que a APS tem sido organizada nos últimos anos, como também, de dados referentes ao modo de planejamento e organização do processo de trabalho dos ACS nesse contexto.

Para compor a terceira parte do capítulo em questão, a qual apresenta a composição do perfil das (os) ACS atuantes no município de Pinheiral-RJ, utilizamos principalmente os dados obtidos através da aplicação dos questionários de caracterização aplicados.

E por fim, na construção da última e mais importante seção do capítulo, buscamos empreender uma análise de conteúdo, que viabilizasse o estabelecimento de categorias para apresentação e discussão dos resultados obtidos na pesquisa de campo.

De acordo com Richardson (2017, P. 264) “a análise de conteúdo é muito adequada para analisar fenômenos multifacetados, característico das ciências sociais”, destacando a possibilidade de trabalhar grande quantidade de dados e diferentes fontes textuais, como uma das vantagens desse método.

Foram procedidas leituras, releituras e reflexões acerca do material obtido, a fim de encontrar trechos das entrevistas que nos auxiliassem no alcance dos objetivos propostos no estudo. Dessa forma, a partir dos relatos obtidos, buscou-se empreender a identificação das principais mudanças ocorridas nas atribuições dos ACS nos últimos anos, caracterizando como tem se dado a incorporação destas mudanças no cotidiano de trabalho desses profissionais. Para tal, realizamos um comparativo entre a época em que estes trabalhadores iniciaram a sua atuação como ACS no município, com o contexto atual de trabalho dos mesmos. Paralelamente a isso, buscamos proceder também, a análise dos possíveis efeitos advindos da incorporação dessas mudanças no processo de trabalho do ACS.

A partir da análise realizada, foram estabelecidas duas categorias: 1. As mudanças no sentido do trabalho do ACS e seus efeitos para APS; 2. Gestão do trabalho, qualificação e integração com a equipe.

Conforme já mencionado anteriormente, ressaltamos que o presente estudo foi submetido à apreciação do CEP da EPSJV/FIOCRUZ, a fim de obter aprovação e de atender aos princípios da Resolução CONEP 466/12 das Diretrizes e Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, da Resolução CONEP 510/16 que versa

sobre a ética na pesquisa nas áreas de ciências humanas e sociais, e respeitar o Código de ética dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Para isso, antes da submissão ao CEP, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no exame de qualificação de mestrado, onde obteve diversas contribuições extremamente valiosas da banca avaliadora. Após a realização das adequações que se fizeram necessárias, procurou-se a gestão municipal da secretaria de saúde de Pinheiral-RJ, para apresentação do projeto e obtenção da carta de anuência (ANEXO A), requisito necessário para dar prosseguimento aos trâmites necessários para o desenvolvimento da pesquisa.

Portanto, salientamos que a coleta de dados da pesquisa de campo foi iniciada após aprovação do projeto pelo CEP da EPSJV/FIOCRUZ através da emissão do Parecer Consubstanciado nº 3.332.006/Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 10215519.6.0000.5241 (ANEXO B).

CAPÍTULO 4 – A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O POTENCIAL PARA MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL: ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA

Conforme já abordado nas seções anteriores, a ESF vêm sendo adotada pelo MS não só, como a estratégia principal para a reorientação do modelo de APS, mas também, objetivando imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde no país (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009).

Neste contexto, o ACS desponta como elemento inovador na política de saúde brasileira. Sobretudo, considerando a sua dupla inserção nessa política, tanto como profissional de saúde, quanto como morador da respectiva área de atuação da equipe de SF (BORGES; ABRUNHOSA; MACHADO, 2009).

Dessa forma, considerando a potência do trabalho desenvolvido pelo ACS, acredita-se que este profissional seja

[...] capaz de contribuir para o rompimento com um modelo tradicional de atenção à saúde de características fragmentárias e reducionistas, baseado na doença e na coisificação do usuário e capaz de contribuir para a construção de sistemas de saúde mais permeáveis às demandas territoriais e ao caráter democrático para o qual as relações de cuidado em saúde podem contribuir (BORGES; ABRUNHOSA; MACHADO, 2009, p. 172).

No entanto, embora tenha ocorrido uma expansão considerável, no que diz respeito à cobertura de SF na maioria dos municípios brasileiros, é comum nos depararmos ainda, na prática, com uma assistência em saúde cada vez mais médico-centrada, perpetuando uma prática assistencial que, além de reforçar o modelo biomédico de atenção à saúde, valoriza apenas o saber médico-científico em detrimento do saber popular, e desconsidera a determinação social do processo de saúde e doença. Elementos estes, reconhecidamente nucleares da prática profissional dos ACS, de acordo com o previsto nas políticas públicas que o inseriram no sistema de saúde brasileiro.

Conforme salientam Merhy e Franco (2002), a implantação da ESF por si só, não garante a mudança do modelo assistencial pretendida com a mesma. Todo esse processo é influenciado por diversos aspectos, que vão desde a formação dos profissionais de saúde, a até mesmo, os modos de agir desses profissionais, tanto na relação entre si, como na relação com os usuários de saúde (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009; MERHY; FRANCO, 2002).

Sendo assim, este capítulo foi construído com a finalidade de auxiliar-nos no alcance dos objetivos propostos no presente estudo, realizando uma discussão acerca dos resultados encontrados na pesquisa de campo realizada no município de Pinheiral – RJ.

Para isso, o mesmo foi dividido em quatro partes. A primeira, abordando um breve resgate da história do município de Pinheiral, com o intuito de situar melhor o leitor acerca da evolução das características do município. A segunda, caracterizando o cenário de APS encontrado na época da pesquisa. A terceira, apresentando o perfil das trabalhadoras e trabalhadores ACS atuantes no sistema de saúde do município. E por fim, a quarta e última parte, a qual aborda uma análise propriamente dita, das entrevistas realizadas com os/as trabalhadores (as) ACS do município de Pinheiral.

4.1 CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO DE PESQUISA: de Vila do Pinheiro à Pinheiral

Santos *et al.* (2018) remontam que o surgimento da cidade ocorreu por volta do ano de 1851, com a construção da fazenda São José do Pinheiro, que pertencia ao Comendador José Joaquim de Souza Breves¹⁸.

Conforme destacam Barbosa *et al.* (2012) esta fazenda foi considerada o berço de Pinheiral, tendo em vista que, de uma parte cedida para a construção da estação da Estrada de Ferro, em 1871, nasceu a Vila do Pinheiro, primeiro nome adotado para o município na época.

Em termos oficiais, de acordo com informações obtidas em consulta a documentos disponíveis na página oficial do IBGE, foi no ano de 1916 que ocorreu a criação do distrito de Pinheiro, na época subordinado ao município de Piraí, pela Lei estadual nº 1360/1916.

Somente a partir de 1943, que o distrito de Pinheiro passa a ser denominado como Pinheiral, a partir da publicação do decreto-lei estadual nº 1056/1943. Denominação esta, que se mantém, mesmo após a sua emancipação político-administrativa ocorrida no ano de 1995.

Portanto, de acordo com o resgate histórico realizado por diversos pesquisadores locais, o município de Pinheiral tem sua origem intimamente ligada ao município de Piraí, do qual fez parte como 4º distrito até o ano de 1995, quando alcançou a sua emancipação. (BARBOSA *et al.*, 2012).

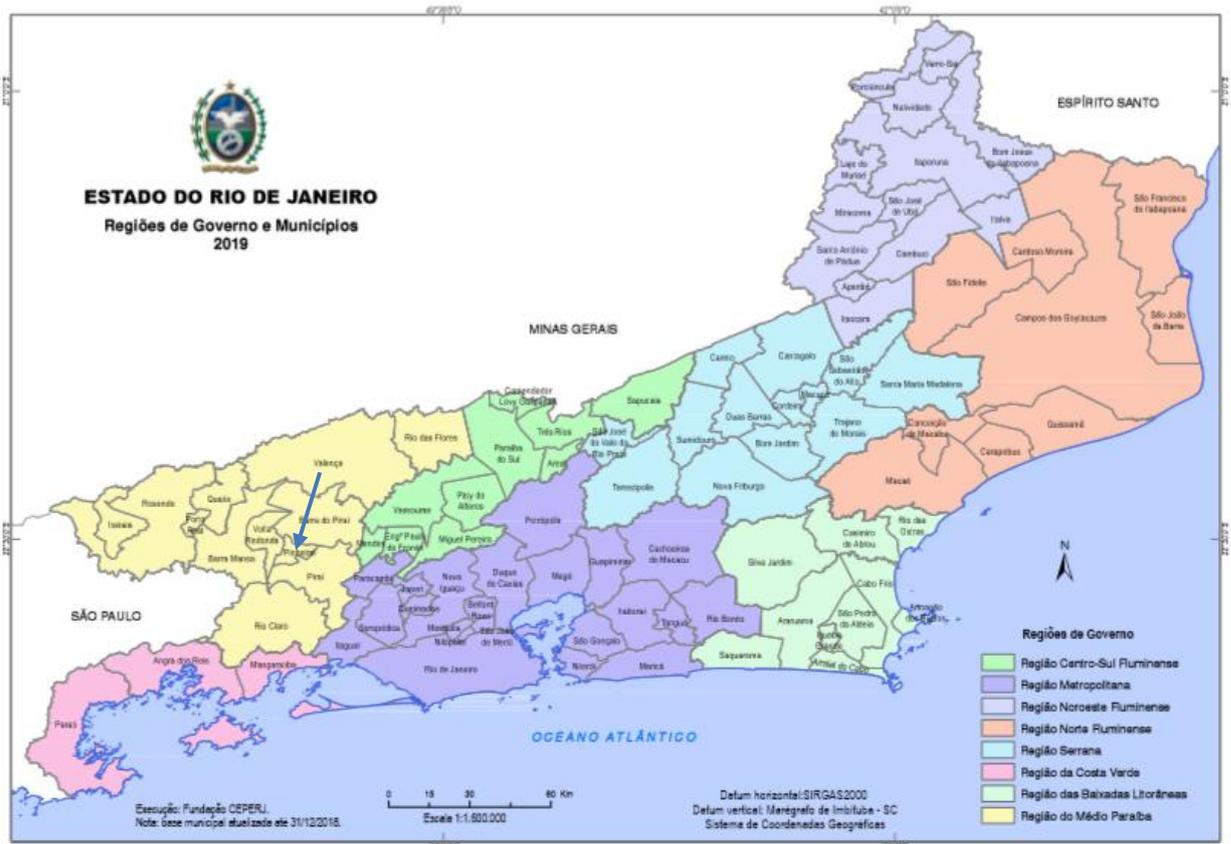
Conforme descrevem Barbosa *et al.* (2012, p. 33)

¹⁸ “Fazendeiro e grande proprietário de terras e escravos, foi dono da Fazenda do Pinheiro, atualmente Pinheiral- RJ, e inúmeras outras propriedades. Considerado juntamente com seu irmão "o rei do café", um dos maiores produtores do Brasil Imperial” (Disponível em: < <http://brevescafe.net/josejoa.htm>>).

Devido à dificuldade de comunicação com a sede em Piraí, o povo de Pinheiral passou a pleitear a emancipação político-administrativa. Houve, inclusive, proposta de anexá-la a Volta Redonda. Para atender ao desejo do povo pinheiralense, o líder político Dr. Aurelino Gonçalves Barbosa promoveu em Pinheiral as bases necessárias para a emancipação do município, até então, 4º Distrito de Piraí. O primeiro passo para isso foi dado em agosto de 1991, quando o Deputado Estadual Antonio Francisco Neto, encaminhou à presidência da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, um ofício propondo a realização de um plebiscito. Uma comissão foi liderada pelo Dr. Aurelino Gonçalves Barbosa para dar início ao processo de emancipação. No dia 13 de março de 1994, através do plebiscito, 95% dos eleitores que compareceram às urnas votaram SIM, favorecendo o processo de emancipação; em 23 de maio de 1995, a Assembleia Legislativa votou o Projeto de Lei nº 2.055. Em 13 de Junho de 1995, o governador Marcello Alencar sancionou a lei nº 2408, tornando Pinheiral um novo município.

Conforme já mencionado anteriormente, o município de Pinheiral pertence à região do Médio Paraíba fluminense, a qual possui uma história marcada pelo desenvolvimento da cultura do café, que teve grande expressão no século XIX. Atualmente a região é composta por 12 municípios, abrangendo também os municípios de Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda. Em relação aos limites municipais, Pinheiral apresenta como vizinhos limítrofes os municípios de Barra do Piraí, Piraí e Volta Redonda, como pode ser observado na figura a seguir.

**Ilustração 1 - Mapa das Regiões de Governo e Municípios do Estado do Rio de Janeiro-
2019**



Fonte: Site da Fundação CEPERJ. Disponível em:

<http://arquivos.proderj.rj.gov.br/sefaz_ceperj_imagens/Arquivos_Ceperj/ceep/informacoes-do-territorio/cartografia-fluminense/Mapa%20das%20Regi%C3%B5es%20de%20Governo%20e%20Munic%C3%ADpios%20do%20Estado%20do%20Rio%20de%20Janeiro%20-%20202019%20-%20CEPERJ.pdf>.

De acordo com dados obtidos em consulta ao site oficial da Prefeitura de Pinheiral, o município possui apenas um único distrito-sede, ocupando uma área total de 76,5 quilômetros quadrados, o que corresponde a 1,2% da área da Região do Médio Paraíba fluminense. Além disso, conta com uma população de aproximadamente 24.282 habitantes, tendo como chefe do executivo municipal, neste momento (abril de 2020), o prefeito Ednardo Barbosa Oliveira, eleito em 2016 pelo Partido MDB (Movimento Democrático Brasileiro).

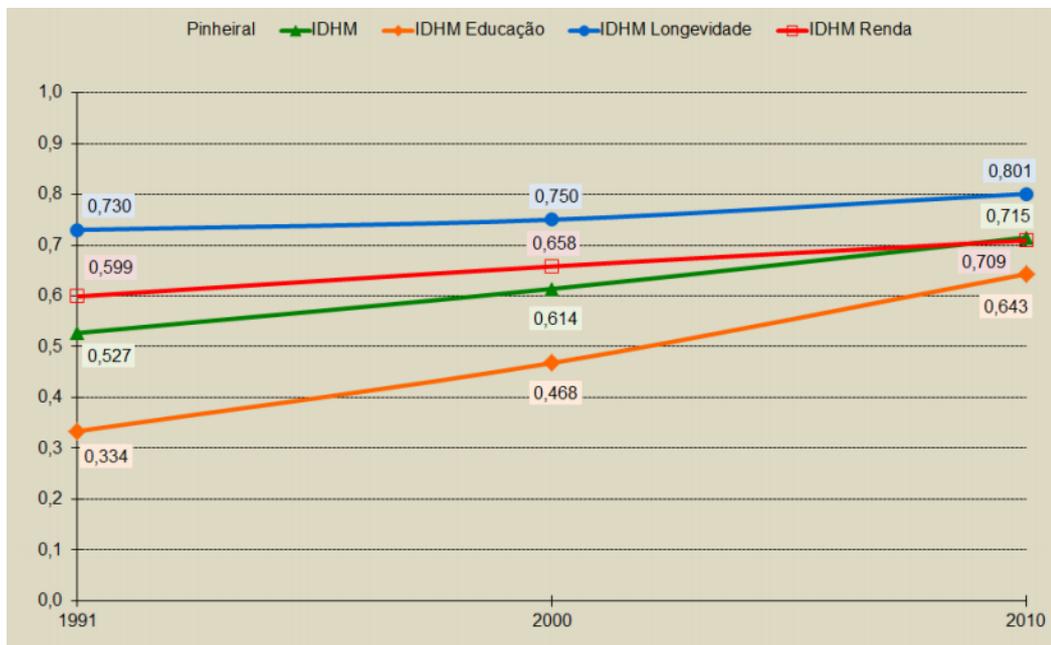
No que diz respeito ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), cujo cálculo é realizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e com a Fundação João Pinheiro (FJP), ressalta-se que o município apresentou uma melhora significativa nos resultados obtidos em 2010 (IDHM – 0,715), quando comparado aos resultados obtidos nos anos anteriores, como o de 2000 (0,614) e o de 1991 (0,527).

De acordo com as informações divulgadas em 2013 pelo PNUD, disponíveis no portal “atlasbrasil” (http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/pinheiral_rj), o IDHM de Pinheiral o

situa na faixa de desenvolvimento humano considerado alto (IDHM entre 0,700 e 0,799), sendo que a dimensão que mais contribuiu para o IDHM do município foi a Longevidade, com índice de 0,801, seguida pela dimensão relacionada à Renda, com índice de 0,709, e a de Educação, com índice de 0,643.

Conforme podemos verificar no gráfico a seguir, analisando as informações referentes a evolução do IDHM de Pinheiral no período de 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,527, em 1991, para 0,715, em 2010, o que representa um crescimento percentual de 35,67%.

Ilustração 2 – Gráfico com a evolução do Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) no município de Pinheiral nos anos de 1991-2000-2010.



Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – Pnud

Embora não tenhamos elementos para realizar uma análise acerca dessa evolução positiva dos resultados obtidos pelo município, acreditamos que ele pode ter ocorrido em virtude do investimento por parte da gestão municipal em políticas sociais que permitissem uma melhoria nas condições de vida da população. É válido salientar que, conforme já abordado nos capítulos anteriores, o período em questão foi marcado não só pela implantação a nível nacional de um sistema de saúde universal, o SUS, como também, pela implantação de programas como o PACS e o PSF, que ampliaram significativamente o acesso à saúde de forma expressiva à maioria da população.

Conforme já mencionado no primeiro capítulo deste estudo, a implantação desses programas impactou de forma significativa na melhoria das condições de vida das pessoas, reduzindo a mortalidade infantil e aumentando esperança de vida ao nascer (indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do IDHM)¹⁹.

No que diz respeito à história da saúde de Pinheiral, Barbosa *et al.* (2012) salientam que, ela é marcada por idas e vindas ao longo do tempo. Eles descrevem que a primeira iniciativa no que diz respeito à saúde no município foi tomada por volta de 1859, pelo já mencionado Comendador José Joaquim de Souza Breves, com a instalação de um hospital com 48 leitos, uma farmácia, e um necrotério em sua fazenda São José do Pinheiro.

Os autores destacam ainda que, à medida que a Vila do Pinheiro foi crescendo, diversas outras iniciativas foram surgindo, na tentativa de promover melhorias nas condições de saúde do local. No entanto, a maioria delas foram infrutíferas em virtude da ausência de investimentos públicos na efetivação dos projetos.

Assim como descrito nos capítulos anteriores, foi somente a partir da década de 1990 que o município começa a obter recursos para a implantação dos serviços de saúde. Tendo em vista a necessidade de se cumprir o disposto na CF de 1988 no que diz respeito à saúde, ele passa a ampliar de forma gradativa a sua rede de atenção à saúde.

Considerando que não é o nosso propósito aqui, descrever de forma cronológica a evolução dessa rede²⁰, nos limitaremos a apresentar, ainda que de forma sintética, a estrutura de saúde existente no município, a fim de iniciar uma contextualização do cenário atual encontrado.

Para tal, apresentaremos a seguir um quadro construído com informações acerca da estrutura de saúde existente no município, de acordo com dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

QUADRO 1 - Estrutura de saúde existente no município de Pinheiral-RJ, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 2020.

Estabelecimento de saúde por tipo	Quantidade
Academia da Saúde	02

¹⁹ Para saber mais sobre a forma de cálculo do IDHM e a evolução dos resultados obtidos pelo município consultar as informações disponíveis no portal intitulado “Atlas do desenvolvimento humano no Brasil”, disponível em <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/pinheiral_rj>.

²⁰ Para saber um pouco mais sobre a história da evolução da saúde, as iniciativas empreendidas ao longo do tempo e a implementação da rede de saúde no município vide Barbosa *et al.* (2012).

Ambulatório de Saúde Mental	01
Centro de Atendimento Psicossocial	01
Centro de Especialidades odontológicas	01
Clínica Municipal de Fisioterapia	01
Clínica de Oftalmologia	01
Hospital Municipal de Pinheiral	01
Laboratório de Prótese dentária	01
Odontomóvel	01
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	01
Secretaria Municipal de Saúde	01
Unidade Ambulatorial de Especialidades	01
Unidade de Saúde da Família	08
Unidade de Vigilância em Saúde	01

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Além da estrutura de saúde descrita no quadro acima, salienta-se que o município tem firmado ainda contratos e convênios com outros municípios e clínicas privadas, para complementar a oferta de atendimentos e exames não existentes no município.

Conforme já mencionado, é válido salientar também, que o município possui 100% de cobertura populacional de ESF, cobertura esta que vem sendo mantida já há alguns anos pelas gestões municipais. Por entendermos ser de extrema relevância uma melhor contextualização desse cenário de APS existente no município, o apresentaremos a seguir.

4.2 O CENÁRIO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PINHEIRAL-RJ: entre avanços e desafios

Conforme já mencionado no capítulo referente ao percurso metodológico, esta seção foi construída, em grande parte, baseada no depoimento obtido através de entrevista realizada com a gestora da APS do município de Pinheiral. Considerando os preceitos éticos que asseguram o sigilo referente à sua participação no presente estudo, iremos nos referir à mesma como “Entrevistada 1”.

A Entrevistada 1 é enfermeira, e relata ter iniciado sua trajetória profissional no município de Pinheiral há aproximadamente 12 anos, quando obteve aprovação no concurso

público para o município, no cargo de técnica em enfermagem. A mesma destaca que à época, já cursava a graduação em enfermagem e que, logo que concluiu o curso, foi convidada para trabalhar realizando auditoria no Departamento de Auditoria, Controle e Avaliação (DACA), na secretaria de saúde do município.

Ela descreve ainda que foi a partir dessa experiência que ela obteve a oportunidade de ir para a APS do município e, em seguida, assumir a coordenação da mesma. De acordo com a entrevistada

De lá [DACA] eu tive a oportunidade de ir para a Atenção Primária, comecei a trabalhar na unidade das Palmeiras, como enfermeira, primeiro assistente e gerente. Isso foi em 2011, aí fiquei oito meses lá. Das Palmeiras eu fui para o Cruzeiro, para a Unidade do Cruzeiro, fiquei 4 anos na unidade do Cruzeiro, também atuando como enfermeira assistente e gerente. Nessa época eu fiz a minha pós-graduação em Saúde da Família pela UERJ/UNASUS, e no finalzinho já do 4º ano me convidaram para assumir a coordenação. Aí agora, estou há dois anos e meio na coordenação da atenção primária (ENTREVISTADA 1).

A Entrevistada 1 afirma ainda, que o convite foi recebido com muita surpresa e gerando muita expectativa, assumindo que “causou muito arrepio, com certeza!” (ENTREVISTADA 1). E desde então, tem sido um cotidiano de desafios todos os dias. Ela acrescenta que tem considerado a experiência como desafiadora, e uma oportunidade ímpar de crescimento profissional. Apesar dos diversos percalços cotidianos, ela acredita que a experiência adquirida anteriormente, enquanto atuava como enfermeira na ponta, nas unidades de SF, tem contribuído bastante nas suas ações como gestora.

De acordo com ela, o conhecimento da realidade vivenciada nas unidades permitiu que o planejamento desenvolvido fosse o mais viável possível. Conforme destaca a Entrevistada 1 “eu não faço planejamentos exuberantes que eu quero, lindos que aconteça, eu tento trazer para a realidade”, afirmando que “a gente vai aprendendo todos os dias” (ENTREVISTADA 1).

Embora a mesma admita que conhece muito pouco acerca do histórico de implantação da ESF no município, ela descreve que ele teve início por volta do ano de 2003, e foi se expandindo gradativamente, até alcançar a cobertura populacional de 100% de ESF. Ela acrescenta ainda que, no início, algumas unidades não tinham equipes completas, sendo o atendimento referenciado a outras unidades, como no caso da Unidade do Cruzeiro, que no início, realizava a maioria dos atendimentos da Unidade Palmeiras. Ela não soube precisar desde quando o município alcançou 100% de cobertura de ESF, mas afirma que desde que iniciou suas atividades na APS, essa cobertura vem sendo mantida.

De acordo com o relato da Entrevistada 1, no início, a maioria das unidades funcionavam em casas adaptadas, que eram alugadas no bairro em que fossem ser implantadas. E que isso também foi sendo modificado ao longo dos anos. Ela afirma que, atualmente, todas as unidades são próprias, construídas de forma planejada para serem unidades de SF. De acerta forma, evidenciando um compromisso das gestões anteriores e da gestão atual, com a destinação de recursos para a qualificação da APS no município.

No que diz respeito a estrutura de APS no município, a Entrevistada 1 descreve que atualmente, o município possui oito unidades de SF credenciadas e implantadas, e uma nona unidade, que já encontra-se em funcionamento com recursos próprios do município, mas em processo de credenciamento junto MS. Ela destaca que cada unidade possui uma única equipe de SF atuando.

Além disso, acrescenta que dessas unidades, sete delas possuem a oferta dos atendimentos de Saúde Bucal. Dessas sete, apenas cinco estão credenciadas junto ao MS, sendo as outras duas custeadas com recursos próprios do município. A Entrevistada 1 salienta que já está em curso o processo de credenciamento dessas duas equipes de saúde bucal, e o projeto de implantação do serviço em mais uma unidade.

A seguir, apresentamos um quadro construído a partir das informações obtidas junto à coordenação da APS, que descreve a disposição das unidades de SF existentes no município e as informações referentes ao número de pessoas por unidade, de acordo com o último levantamento populacional de 2018.

QUADRO 2 - Unidades de Saúde da Família existentes no município de Pinheiral-RJ e respectivos números de pessoas por unidade em 2018.

UNIDADE	NÚMERO DE PESSOAS POR UNIDADE
Parque Maíra/Três Poços	2.942
Cruzeiro	2.931
Centro	3.763
Ipê	4.926
Rural	1.090
São Jorge	4.125
Bela Vista	3.045

Palmeiras	3.157
Total	25.979

Fonte: Elaborado pelo autor

Embora reconheçamos que os dados apresentados no quadro acima possam não representar fidedignamente a situação atual do município, por serem baseados em informações referentes ao levantamento populacional de 2018, ele nos serve de base para emprendermos uma breve análise da situação no município.

Como vimos no capítulo 1 do presente estudo, a nova PNAB (BRASIL, 2017) manteve em seu texto a existência de uma recomendação em relação ao número da população adscrita por equipe de SF (entre 2000 a 3500 pessoas por equipe). Número este, que inclusive, é menor em relação a PNAB anterior (BRASIL, 2011), a qual preconizava que cada equipe de SF deveria ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. No entanto, ela passou a facultar aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na APS e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de criação de novos arranjos de adscrição, baseados em critérios relacionados a vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária.

Esta mudança que, a princípio, pode nos parecer um tanto quanto sedutora, quando analisada um pouco mais a fundo, nos preocupa por abrir a possibilidade de que a população adscrita seja maior do que o recomendado, tendo como base critérios não muito bem estabelecidos. O que poderia colocar em risco justamente a garantia da coordenação do cuidado, a ampliação do acesso às unidades e, também, a resolutividade das equipes que atuam na APS.

De acordo com as informações obtidas através do depoimento da Entrevistada 1, no município em questão, não houve e nem existe a pretensão de que haja uma mudança significativa neste sentido. Embora possam ser identificadas no quadro acima, três unidades com população adscrita superior ao recomendado pela nova PNAB, ela afirma já estar em curso um processo de reorganização da distribuição populacional entre as unidades. Inclusive, com ampliação do número de unidades e, conseqüentemente, de equipes de SF.

De acordo com a Entrevistada 1, além da consolidação da Unidade Três Poços como uma unidade independente, que já estaria em processo de finalização, a gestão municipal pretende realizar a implantação de mais duas equipes de SF no município. Na contramão do que vem ocorrendo em diversos outros municípios, em que tem sido possível observar um

verdadeiro desmonte da APS, e a retirada da SF como estratégia de orientação prioritária nesse contexto.

Em relação à Unidade São Jorge, que possui uma população adscrita de 4.125 pessoas, a Entrevistada 1 afirma que já foi iniciada a construção de mais uma unidade de SF no bairro Varjão. Uma demanda antiga da população, considerando a distância percorrida para ir até a unidade de referência e ainda, tendo em vista a existência de uma linha férrea que delimita os dois bairros, e tem causado transtornos para o acesso dos usuários ao serviço.

No que diz respeito à Unidade do Ipê, a qual encontra-se com uma população adscrita de quase 5.000 pessoas, a Entrevistada 1 afirma que existe a pretensão de realizar em curto prazo, o credenciamento de mais uma equipe para atuar nesta Unidade, para enfim realizar uma reorganização das microáreas, a fim de melhorar as condições de assistência à população adscrita.

Neste caso específico, faz-se oportuno refletirmos acerca da abrangência territorial desta unidade de SF. Considerando a proximidade e o conhecimento do pesquisador acerca do cenário de pesquisa, além do elevado número da população adscrita, ressalta-se a vasta extensão territorial coberta por essa unidade. A unidade abrange diversos bairros como Ipê, Oriente, Paraíso, Colina e Chalé, alguns inclusive, com elevada vulnerabilidade social, o que prejudica ainda mais o acesso à mesma.

O mesmo ocorre com a Unidade do Centro, a qual além de possuir uma população adscrita de 3.763 pessoas, quantitativo acima do recomendado pela nova PNAB (BRASIL, 2017), possui uma área de abrangência com vasta extensão territorial e, também, algumas áreas de elevada vulnerabilidade social, podendo trazer diversos impactos negativos, tanto para a qualidade do acesso aos serviços ofertados, quanto para a resolutividade das equipes de SF.

Neste sentido, vale a pena chamarmos a atenção para uma mudança significativa prevista na nova PNAB, a qual, em meio a uma série de retrocessos já mencionados nos capítulos anteriores, configura-se como uma possibilidade de tentativa de resistência e qualificação da APS a nível local. A nova PNAB apresenta como critério para o cálculo do teto máximo de equipes de SF a fórmula “População/2000” (BRASIL, 2017), inclusive, critério este, surpreendentemente numericamente mais favorável do que o previsto na PNAB anterior, que preconizava que o cálculo fosse realizado através da fórmula “População/2400” (BRASIL, 2011).

Sendo assim, considerando a situação exposta anteriormente e a possibilidade aqui mencionada, destaca-se que essa reorganização merece ainda mais a atenção da gestão local, a

fim de sejam enfim, reduzidas as disparidades existentes e a melhoria efetiva da qualidade do acesso da população aos serviços ofertados.

No que diz respeito à composição mínima das equipes de SF no município, a Entrevistada 1 descreve que, assim como previsto na PNAB, todas as equipes possuem minimamente um enfermeiro (a), o qual é responsável pela realização tanto da assistência, quanto da gerência da unidade, um técnico em enfermagem, um médico generalista com carga horária de 40 horas semanais e ACS, cuja quantidade varia de acordo com cada unidade. Nas unidades que ofertam o serviço de saúde bucal, as equipes são acrescidas ainda do dentista e do auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

Embora a nova PNAB defina a obrigatoriedade de carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais da ESF, a entrevistada admite a existência em algumas unidades de dois médicos com carga horária semanal de 20 horas cada. Contudo, ela acrescenta que a fixação de profissionais médicos na ESF do município não tem sido um problema para a gestão. Inclusive, ela atribui essa facilidade na contratação de médicos no município não só, à proximidade de centros de formação médica, mas também, às boas condições de trabalho existentes no município, associadas à uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) bem estruturada e funcionante.

Contudo, essa questão da mudança da carga horária médica no município nos remete a mais uma possibilidade aberta com a nova PNAB. Conforme já mencionado no primeiro capítulo desse estudo, o novo documento passa a reconhecer novos arranjos para AB, as equipes de AB (eAB), ficando mais uma vez a cargo da gestão municipal a distribuição da carga horária dos profissionais.

Nesses novos arranjos, a política passa a permitir uma recomposição dessas equipes de AB, permitindo que elas sejam compostas minimamente por médico, enfermeiro e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Além disso, ela passa a permitir a existência de profissionais atuando com carga horária mínima de 10 horas por categoria profissional, fixando o máximo de três profissionais por categoria, cuja soma deve ser no mínimo 40 horas semanais.

Portanto, embora a gestão municipal afirme a manutenção da ESF como estratégia prioritária de organização da APS no município, o que reconhecemos ser de extrema relevância no cenário atual, nota-se a existência de um movimento, ainda que tímido, de ressignificação da estratégia adotada, inclusive podendo prejudicar a construção do vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e, até mesmo, a longitudinalidade do cuidado.

Ainda em relação à composição mínima das equipes de SF do município, faz-se oportuno salientarmos uma particularidade narrada pela Entrevistada 1. Além da equipe mínima prevista na PNAB, a mesma descreve a existência de outros profissionais administrativos e de saúde custeados pelo próprio município, que foram sendo incorporados às equipes mínimas de SF ao longo dos anos, com o intuito de completar a equipe.

Dentre esses profissionais, a mesma descreveu a existência de funções administrativas como auxiliares de serviços gerais e recepcionistas em todas as unidades e, também, a existência de profissionais de saúde como médicos ginecologistas e pediatras, fisioterapeutas e nutricionistas.

Embora reconheçamos a importância da existência destes profissionais na Rede de Atenção à Saúde (RAS), sobretudo pensando na imprescindibilidade dos mesmos para a integralidade do cuidado, nos questionamos acerca da forma como os mesmos têm atuado no município, como membros da equipe de SF.

Apesar de considerada extremamente regressiva, a PNAB 2017 manteve em seu texto a recomendação a respeito da constituição de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar através instituição do NASF. No entanto, renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e, com seu escopo de atuação ampliado para os novos arranjos de equipe previstos no documento.

Conforme descrito na PNAB 2017, o NASF-AB deveria constituir-se por

[...] uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Faz-se oportuno salientar ainda que o depoimento da Entrevistada 1 ocorreu em meados do ano de 2019, meses antes das mudanças preocupantes em relação ao NASF-AB, instituídas pelo MS através da Nota Técnica nº 3²¹, emitida em Janeiro de 2020. A partir dela, além da composição das equipes multiprofissionais deixar de estar vinculada às tipologias de equipe NASF-AB, o núcleo perde os incentivos referentes à sua implantação e manutenção. Em alinhamento com a PNAB 2017, a nota promove mais uma flexibilização que deixa a

²¹ A referida Nota Técnica surge como um dos reflexos advindos do novo modelo de financiamento de custeio da APS, instituído pelo Programa Previne Brasil por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, o qual revogou as normativas que definiam os parâmetros e custeio do NASF-AB. Para saber mais vide Nota Técnica nº 3/2020, disponível em < <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>> e Programa Previne Brasil, disponível em <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>.

cargo da gestão municipal a manutenção ou não do mesmo. Conforme descrito na Nota Técnica nº 3/2020

Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe (BRASIL, 2020).

Se valendo de um suposto aumento da autonomia dos gestores municipais, abre-se caminho mais uma vez para a desregulamentação do trabalho, e o fim da garantia de financiamento dessas equipes.

Embora nos faltem elementos suficientes para uma análise mais aprofundada da temática em questão, é válido resgatarmos o disposto ao longo dos anos pelas políticas instituídas pelo MS. Sobretudo, no que diz respeito à equipe de SF preconizada, que a coloca como estratégia prioritária de atenção à saúde justamente por favorecer a reorientação do processo de trabalho na APS.

Nesse complexo contexto, nos permitimos apenas levantar dois questionamentos principais acerca da atuação desses novos membros da equipe de SF do município. O primeiro seria em relação à atuação desses profissionais. Será que ela estaria ocorrendo de maneira integrada aos demais membros da equipe, de forma articulada e coesa, considerando o processo de trabalho previsto para a ESF? Pois existem diversas formas de se trabalhar em equipe, e não necessariamente, estar no espaço da USF significa estar atuando sobre a mesma lógica pretendida com a ESF.

O segundo questionamento seria em relação ao pertencimento mesmo destes profissionais à SF. Estes profissionais participam de fato do cotidiano vivenciado no território, atuando de forma a conhecer a realidade local, participando das reuniões de equipe, por exemplo?

Conforme já sinalizado, pelo menos por ora, não nos cabe responder esses questionamentos, mas levantarmos reflexões acerca desse assunto tão complexo e sinalizarmos o risco que se corre de, sob a pretensão de um aumento da resolutividade, adotar na SF, processos de trabalho que reforçam ainda mais a fragmentação da assistência à saúde, indo de encontro ao preconizado e almejado com a ESF.

Acerca das diversas mudanças preconizadas pela nova PNAB, a Entrevistada 1 relata que tem acompanhado muito pouco essas discussões. Ela menciona a existência de um Grupo Técnico, ao qual se refere como GT do Médio Paraíba, do qual participam representantes do estado do Rio de Janeiro e das 12 coordenações da APS dos municípios da região do Médio Paraíba, nos quais tem sido realizadas algumas discussões bem superficiais sobre a temática. No entanto, ela afirma que não tem percebido a materialização dessas mudanças preconizadas pela PNAB nos municípios da região.

Além disso, a Entrevistada 1 salienta que apesar de toda conjuntura econômica atual, ela também não tem percebido uma redução dos valores repassados pelo MS, para o financiamento da APS no município. De acordo com ela, os valores repassados têm se mantido nos últimos anos. No entanto, é válido destacar que a ausência de reajustes periódicos, por si só, já se configura como uma diminuição nos recursos repassados. Considerando o aumento da inflação e o crescimento populacional, os recursos vão ficando cada vez mais insuficientes, exigindo que o município invista cada vez mais recursos do próprio fundo municipal.

Diante desse contexto, ela descreve que o que tem viabilizado a manutenção da estrutura de APS existente, e o planejamento acerca da ampliação e qualificação da mesma, são as importantes emendas parlamentares obtidas pela gestão municipal nos últimos anos.

A Entrevistada 1 destaca ainda que, com isso, foi possível a realização de um investimento significativo em equipamentos e melhoria da infraestrutura das unidades. Além disso, houve um processo de informatização das mesmas, em que todas as unidades passaram a ter pelo menos cinco computadores, impressora e acesso à rede de internet de qualidade.

Ademais, nos voltando à questão da composição das equipes de SF, esse é um elemento que consideramos crucial dentre as mudanças propostas pela nova PNAB de 2017. Conforme já mencionado nos capítulos anteriores, o novo documento passa relativizar a manutenção dos ACS na ESF, passando a permitir que o número de ACS por equipe seja definido pela gestão local, tendo como base critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos (BRASIL, 2017).

Neste sentido, a Entrevistada 1 afirma que, assim como não existe a pretensão de mudança na estrutura de APS existente no município, não há também, pretensão de mudanças na composição das equipes de SF, como a retirada dos ACS, por exemplo. Ela sinaliza um movimento contrário a este, com projetos de ampliação do número de unidades e equipes de SF no município. Inclusive, ressaltando estar em curso um processo seletivo público para a contratação de novos ACS pela gestão municipal.

E por falar em ACS, faz-se oportuno resgatarmos, ainda que brevemente, um pouquinho do histórico da inserção destes profissionais na APS de Pinheiral. Embora não tenhamos tido acesso a documentos que pudessem descrever formalmente a chegada destes profissionais no sistema público de saúde municipal, obtivemos relatos tanto da Entrevistada 1, quanto de alguns ACS mais antigos no município, que data do ano de 2003, a realização do primeiro processo seletivo para contratação desses profissionais.

Alguns ACS resgataram ainda que este período inicial foi marcado de muitas incertezas e insegurança. Eles destacaram que, além do caráter inovador da profissão que até então, era desconhecida no município, havia uma preocupação de cunho político que influenciava as contratações dos ACS na época. Neste contexto, apesar de ter havido um processo seletivo público, alguns aprovados permaneceram por muito tempo aguardando suas contratações.

Nos anos iniciais, estes profissionais eram contratados com carteira assinada, mediante terceirização via Organizações Sociais como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e Cruz Vermelha, por exemplo. Embora não tenhamos conseguido acesso à documentos produzidos no âmbito municipal que norteassem a prática dos mesmos nessa época, acreditamos que ela tenha sido norteada pelos documentos já mencionados nos capítulos anteriores, produzidos em âmbito nacional pelo MS.

Foi somente no ano de 2011 que foi aprovada no âmbito municipal, a primeira lei que, além de criar oficialmente o emprego público de ACS no município, fixou o número de vagas existentes, os pré-requisitos para atuação no cargo e a síntese de atribuições.

Com a aprovação da Lei municipal nº 599, em 03 de junho de 2011, foram criadas 45 vagas de ACS no município, as quais deveriam ser preenchidas mediante aprovação em processo seletivo público de provas ou provas e títulos, ficando a partir de então, vedada a contratação temporária ou terceirizada de ACS, salvo em caso de surtos endêmicos. Além disso, os requisitos exigidos para o exercício da função passaram a ser o Ensino Fundamental completo, a idade mínima de 18 anos, a residência no bairro em que fosse atuar há pelo menos dois anos e ainda, reconhecida experiência de pelo menos um ano na área da saúde comunitária (PINHEIRAL, 2011).

No que diz respeito à síntese de atribuições previstas para o ACS, a referida lei preconizava como atribuições para estes profissionais:

[...] - visitar residências e escolas para orientar famílias, escolares ou doentes, quanto à higiene pessoal (banhos, escovação de dentes, corte de unhas, cabelos etc.); - realizar mapeamento de sua área; - identificar indivíduos e famílias expostos à

situações de risco; - identificar áreas de risco; - realizar ações e atividades, nos moldes de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica; - realizar, por meio de visitas domiciliares, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; - estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco; - desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças; - promover a educação e a mobilização comunitária; - traduzir para a equipe a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; - identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe; - acompanhar o desenvolvimento de recém-nascidos e recuperação de pacientes; - prestar assistência domiciliar a idosos; - marcar consultas e exames a pacientes visitados; - fazer curativos; medir pressão, temperatura, estatura, peso etc.; - preencher formulários e elaborar relatórios para orientação médica e de enfermagem; e, - atender as ordens dos chefes imediatos em sua área de trabalho (PINHEIRAL, 2011).

É curioso que, embora a referida lei faça alusão a Lei federal nº 11.350/2006, a qual regulamenta o trabalho desses profissionais em âmbito nacional, ela preconiza algumas atribuições que não constavam no escopo de atuação dos ACS nem na PNAB 2006, nem na referida legislação vigente na época. Ela sequer menciona o trabalho com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea, conforme descrito na PNAB de 2006. Além disso, em detrimento das atividades de promoção e prevenção da saúde, ela acrescenta atribuições voltadas muito mais para o lado assistencial, de cunho clínico, como a marcação de consultas, realização de curativos, aferição de pressão, temperatura, medidas antropométricas, dentre outras, fugindo do escopo de ação previsto para esses profissionais.

Após a aprovação desta lei, foi realizado um novo processo seletivo público para seleção dos ACS do município. Todos os candidatos que quisessem ingressar ou permanecer atuando como ACS, tiveram que se submeter ao certame.

A Lei municipal nº 599/2011 passou por uma revisão no ano de 2019, sendo revogada pela Lei nº 1.083, de 17 de abril de 2019, a qual passa a dispor sobre o “Emprego Público de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias” (PINHEIRAL, 2019).

Em alinhamento com revisão das normativas e legislações produzidas em âmbito nacional, a lei municipal passa a sinalizar a obrigatoriedade dos ACS apenas na ESF. No entanto, é válido sinalizar que, em um movimento contrário ao que tem se observado no cenário nacional, ela ampliou de 45 para 58 o número de vagas de ACS município. Acreditamos que essa ampliação reforça o compromisso da gestão tanto com a manutenção da ESF como estratégia prioritária de organização da APS no município, como com o reconhecimento da importância deste profissional enquanto um trabalhador imprescindível neste contexto.

Além disso, a nova lei passa a exigir como requisitos mínimos para o emprego público a escolaridade mínima de Ensino Médio completo, a residência na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público, e a conclusão com aproveitamento, de curso de formação inicial, com carga horária mínima de 40 horas.

No que diz respeito à síntese de atribuições destes profissionais, ela descreve que:

O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal (PINHEIRAL, 2019).

Neste sentido, a referida lei passa a prever para estes profissionais, além das atribuições chamadas na mesma de atividades típicas do ACS, atividades assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe. Para a realização dessas atividades chamadas de assistidas, descritas na lei como:

I - a aferição da pressão arterial, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência; II - a medição de glicemia capilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência; III - a aferição de temperatura axilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, com o devido encaminhamento do paciente, quando necessário, para a unidade de saúde de referência; IV - a orientação e o apoio, em domicílio, para a correta administração de medicação de paciente em situação de vulnerabilidade; V - a verificação antropométrica (PINHEIRAL, 2019).

Seria necessário, além da disponibilidade de equipamentos adequados, a conclusão de curso técnico. Entretanto, a referida lei não especifica a que curso técnico estaria se referindo.

Além dessas atribuições, a lei passa a prever também atribuições compartilhadas com outros membros da equipe, em sua área geográfica de atuação, e a possibilidade de realização de atividades de forma integrada junto aos ACE²².

De acordo com a Entrevistada 1 a revisão da Lei municipal nº 599/2011, através da promulgação da Lei municipal nº 1.083/2019, era necessária considerando a exigência de adequação da mesma às novas normativas vigentes em âmbito nacional, para que pudesse ser

²² Para saber mais sobre as atribuições previstas para os ACS do município de Pinheiral-RJ vide em Lei municipal nº 1.083, de 17 de abril de 2019, disponível no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Pinheiral em < <http://www.pinheiral.rj.gov.br/publicacoes-oficiais/legislacao>>.

procedido a realização do processo seletivo público, para preenchimento dos empregos públicos vagos necessários à manutenção da cobertura de 100% de ACS.

Conforme descrito pela Entrevistada 1, no momento existem algumas microáreas descobertas de ACS em virtude de afastamentos, licença maternidade e também, devido a reorganização de algumas microáreas por conta do aumento da população adscrita. Ela descreve que a distribuição desses profissionais tem como critério principal a base populacional. No entanto, ela salienta que desde que assumiu a gestão, tem tentado levar em conta as características da comunidade e a vulnerabilidade social encontradas no território de atuação. Sendo assim, a gestora descreve que em áreas consideradas de menor vulnerabilidade social, os ACS ficam responsáveis por um número maior de pessoas do que em áreas consideradas de maior risco social.

A seguir, apresentamos um quadro com informações acerca da distribuição dos ACS no município, construído com base nos dados obtidos através dos questionários de caracterização dos ACS e nas informações repassadas pela coordenação da APS do município. Faz-se oportuno salientar que, assim como o quadro anterior, o mesmo foi construído com base no último levantamento populacional realizado em 2018.

QUADRO 3 - Número de microáreas por USF do município de Pinheiral-RJ, distribuição dos ACS unidades e seus respectivos quantitativo de pessoas/ACS.

USF	QUANTITATIVO DE MICROÁREAS	QUANTITATIVO DE ACS	NÚMERO DE PESSOAS/ACS
Parque Maíra/Três Poços	1	1	536
	2	1	506
	3	1	581
	4	1	402
	5	1	678
	6	0	239
Cruzeiro	1	1	401
	2	1	399
	3	1	602
	4	1	475
	5	1	471
	6	1	583
Centro	1	1	570
	2	1	640

ACS: 07	3	1	590
	4	1	340
	5	1	405
	6	1	450
	7	1	768
Ipê ACS: 3	1	1	700
	2	1	845
	3	1	735
	4	0	950
	5	0	785
	6	0	911
Rural ACS: 03	1	1	334
	2	1	316
	3	1	320
	4	0	120
São Jorge ACS: 06	1	1	685
	2	1	382
	3	1	645
	4	1	623
	5	1	580
	6	1	592
	7	0	618
Bela Vista ACS: 04	1	1	656
	2	1	675
	3	1	537
	4	1	844
	5	0	333
Palmeiras ACS: 06	1	1	983
	2	1	628
	3	1	520
	4	1	516
	5	1	510
	-	1	-
Total	47	40	25.979

Fonte: Elaborado pelo autor a partir e informações obtidas nos questionários de caracterização e informações repassadas pela coordenação da APS.

O quantitativo de microáreas das unidades de SF foi descrito de acordo com as informações repassadas pela coordenação da APS no município (Entrevistada 1). Já o número

de ACS foi descrito tendo em vista a realidade encontrada durante as visitas às unidades de SF para aplicação dos questionários de caracterização do perfil dos ACS. Abordamos no quadro o quantitativo de pessoas por ACS sem nos preocuparmos em estabelecer uma correspondência entre as microáreas e os ACS em atuação na unidade. O intuito principal foi o de demonstrar que, embora a coordenação da APS afirme que não haja a pretensão, pelo menos manifesta, de promover mudanças na distribuição e na organização do trabalho dos ACS em virtude das alterações propostas pela nova PNAB, algumas recomendações existentes no novo documento já estavam presentes no cenário local na época da pesquisa.

É possível inclusive, que essas questões mencionadas já estivessem presentes no município, até mesmo, antes da revisão da política nacional. Sobretudo, considerando a grave conjuntura de crise econômica dos últimos anos e a redução dos investimentos em políticas sociais por parte do governo federal, conforme já mencionado. Tudo isso, pode impactar significativamente nas condições para que os municípios consigam ofertar serviços de APS de qualidade.

Além da quantidade insuficiente de trabalhadores em algumas áreas, ressalta-se o número elevado de pessoas por ACS encontrados em algumas microáreas. Isso se agrava ainda mais, considerando que, de acordo com o relato dos participantes da pesquisa, as microáreas descobertas acabam ficando sob a responsabilidade dos ACS em atuação, sobrecarregando ainda mais esses trabalhadores.

No caso da unidade de SF do bairro Palmeiras, embora a Coordenação da APS tenha fornecido a informação da existência de apenas 06 microáreas, em visita à mesma observamos a existência de 07 ACS. O que pode ter ocorrido em virtude de uma possível reorganização das microáreas, posterior ao levantamento realizado em 2018.

Por fim, é válido salientar um dado encontrado a partir da aplicação dos questionários de caracterização dos ACS. Embora haja a exigência legal na Lei nº 11.350 (BRASIL, 2006) e também, na Lei municipal nº 1.083/2019, de que o ACS resida na área da comunidade em que irá atuar, inclusive sendo vedada a sua atuação fora dessa área geográfica, 7,5% (03 ACS) dos trabalhadores relataram residir fora da área da comunidade/bairro em que atuam.

Mais uma vez, reiteramos que não nos cabe neste momento, uma análise pormenorizada dessa questão, até por falta de elementos que a sustentem. Salientamos que, assim como é possível que tenha havido um erro na hora do preenchimento do questionário, é possível também que os casos encontrados sejam reais, e encontrem respaldo na Lei municipal que abre duas exceções que permitem a ocorrência dessa situação. Nos casos em que “houver risco à integridade física do Agente Comunitário de Saúde ou de membro de sua

família decorrente de ameaça por parte de membro da comunidade onde reside e atua” (PINHEIRAL, 2019), e nos casos em que o ACS adquira casa própria fora da área geográfica de sua atuação, podendo o mesmo manter a sua vinculação à mesma equipe de SF em que esteja atuando, ou ser remanejado para a equipe atuante na área onde está localizada a casa adquirida.

No entanto, vale a pena sinalizarmos apenas a preocupação em relação à importância quanto à manutenção do vínculo destes profissionais, junto aos membros da comunidade em que atuam, e ainda, do caráter comunitário previsto para este profissional, em função da sua dupla inserção, o que que permite efetivamente o conhecimento das reais necessidades da população do território em que reside e atua.

E este foi o cenário de APS com o qual nos deparamos no município de Pinheiral-RJ, no momento de realização da pesquisa de campo. Acreditamos que esta seção, além de situar melhor o leitor, configura-se como uma importante ferramenta que nos instrumentaliza no entendimento acerca de como a APS vem sendo conduzida a nível local, quais as suas peculiaridades e ainda, as pretensões da gestão municipal, em meio à conjuntura de indefinições e incertezas que tem se desenhado a nível nacional, quanto aos rumos que a APS irá tomar nos próximos anos.

4.3 CARACTERIZANDO O PERFIL DAS (OS) AGENTES COMUNITÁRIAS (OS) DE SAÚDE DE PINHEIRAL

Conforme já descrito anteriormente no capítulo referente ao percurso metodológico, participaram do momento inicial de aproximação dos participantes da pesquisa os 40 ACS em atuação no referido município na época das visitas. Tomando como base a lista de profissionais ACS do município, fornecida pela gestora da APS (Entrevistada 1), ficaram de fora apenas duas ACS que se encontravam de licença maternidade no período de realização da pesquisa de campo.

De acordo com os dados obtidos, o grupo de ACS do município é composto por maioria de trabalhadoras do gênero feminino (92,5%), com idade entre 22 e 53 anos de idade (média de aproximadamente 38 anos), de cor ou raça/etnia parda (55%) ou preta (25%), solteiras (40%) e com filhos (65%). Além disso, do total de 40 ACS participantes, 05 delas (es) referem possuir o exercício de outra atividade remunerada para complementar a renda familiar.

Faz-se oportuno resgatarmos o exposto por Durão *et al.* (2013) que defendem que, desde as suas experiências iniciais, o PACS já apresentava "uma concepção de gênero na qual o papel do cuidado, socialmente construído como um atributo feminino, é usado para disseminar a política de Estado" (DURÃO *et al.*, 2013, p. 429).

No contexto atual, acreditamos assim como Durão *et al.* (2013), que a permanência de maioria expressiva de mulheres nessa profissão tenha íntima relação com o seu papel na divisão sexual e social do trabalho, em que o cuidado ainda é reconhecido como uma função majoritariamente feminina, associando-o ao trabalho doméstico e de pouco valor. Sobretudo, em uma sociedade extremamente machista, em que a mulher ainda sofre tanto preconceito e descrédito pelo trabalho desenvolvido por ela, quando comparado à mesma função desempenhada por homens.

Não é por acaso, portanto, que o trabalho exercido por essas trabalhadoras, mesmo sendo reconhecido como essencial para a consolidação da ESF no país, por vezes, tem sido tão subjugado, como um trabalho pouco resolutivo e de segunda categoria. Sendo árdua a luta cotidiana em prol da resistência, manutenção e busca por valorização dessas profissionais.

Em relação à formação geral dos ACS, embora a grande maioria tenha relatado possuir o Ensino Médio completo (97,5%), conforme recomendado pela nova PNAB e pela Lei municipal que rege a atuação destes profissionais, uma das ACS relatou ainda não ter concluído este nível de formação. Além disso, ressalta-se a existência de um conjunto variado de formações entre essas trabalhadoras, tanto em nível técnico (Formação de professores-04 ACS, Enfermagem-03 ACS, Contabilidade-02 ACS, dentre outros cursos), quanto em nível de Graduação (Engenharia de Produção-02 ACS, Administração (em curso)-01 ACS, Serviço Social (em curso)-01 ACS).

Apesar de algumas participantes terem relatado que buscaram essa profissão por gostar de lidar com a população ou ainda, por preferirem trabalhar perto de casa, a maioria delas descreveram ter ingressado nesta função por ter sido a única oportunidade de emprego que encontraram na época. Essa realidade se agrava ainda mais no cenário brasileiro, em que cresce cada vez mais o número de desempregados e/ou cidadãos em situação de trabalho informal. Não à toa, que muitos destes profissionais, mesmo com formação em outras áreas, continuam atuando como ACS em virtude da dificuldade de conseguirem emprego formal na área em que se formaram.

No que diz respeito ao tempo de atuação como ACS no município, elas relatam possuir entre 1 ano e 5 meses a 18 anos na função de ACS, sendo a maioria (57,5%) com vínculo empregatício como empregado público (Contrato de trabalho regido pela

Consolidação das Leis Trabalhistas-CLT). No entanto, é válido pontuar a precariedade do vínculo de trabalho dos demais ACS. Na ocasião da aplicação dos questionários, as participantes manifestaram extrema insegurança em relação à esta situação, por estarem atuando mediante prestação de serviço de forma autônoma, com pagamento através de Recibo de Pagamento a Autônomo (RPA).

Faz-se oportuno salientar que, conforme descrito pelos próprios ACS, a maioria das trabalhadoras que se encontram nesta situação, ingressaram para trabalhar após a realização de um processo seletivo realizado há alguns anos, para contratação por tempo determinado como empregados públicos. No entanto, o tempo do contrato teria se esgotado, sem a possibilidade de renovação. Além disso, tendo em vista o atraso no processo seletivo que estava em curso na época da coleta de dados, elas foram convidadas a permanecer atuando, ainda que sem vínculo empregatício formal, até que os aprovados no processo seletivo chegassem para preencher as vagas em aberto.

A maioria dos trabalhadores (60%) relata também, já ter tido outros tipos de vínculos de trabalho como ACS junto ao município. Esses vínculos variaram desde a contratação com carteira assinada direto pelo município (50%), passando pela contratação com carteira assinada via Organização social (37,5%), e até mesmo, pelo Contrato Temporário (20,8%) e Cargo de confiança (8,3%).

Acreditamos que a publicação da Lei Municipal nº 599/2011, configurou-se como um marco importante na desprecarização do trabalho dos ACS do município, evidenciando o investimento feito por parte da gestão municipal, tanto na qualificação do trabalho desenvolvido na ESF, quanto no reconhecimento da importância desses trabalhadores nesse processo. No entanto, nos preocupa essas lacunas encontradas ao longo do processo de pesquisa, em que mesmo havendo a previsão legal para a manutenção do vínculo formal desses trabalhadores, existir ainda tantos ACS na informalidade.

Ao abordarmos a formação específica para atuação enquanto ACS no município, a maioria dos profissionais (85%) mencionou a realização do Curso Introdutório, inclusive como requisito prévio ao início das atividades na profissão. No entanto, embora este curso se constitua como pré-requisito obrigatório previsto na legislação que regulamenta a atuação desses profissionais, 15% dos participantes da pesquisa relataram não terem realizado o referido curso.

É válido pontuarmos novamente a existência de diferentes experiências formativas entre os ACS do município. Enquanto alguns ACS (25%) relatam terem tido a oportunidade de realizar o primeiro módulo de formação técnica em ACS, apenas uma delas relata ter

conseguido dar continuidade, e alcançado a conclusão dos três itinerários formativos necessários para a formação técnica em ACS.

Durante um tempo houve um incentivo significativo por parte do MS para que os ACS fizessem a primeira etapa do curso. Isso ocorreu também no município de Pinheiral-RJ. Os ACS relataram que há cerca de 7 anos houve esse movimento no município, em que uma escola itinerante veio até Pinheiral para que eles pudessem dar início ao curso. No entanto, não houve continuidade. A ACS que relatou ter concluído a formação técnica em ACS descreveu ter realizado o curso sem incentivo algum da gestão, buscando a formação por meios próprios em uma instituição federal, que disponibilizava o curso de forma semipresencial.

A instituição em questão deixou de oferecer o curso recentemente, dificultando ainda mais a busca pela formação técnica em ACS na região, que assim como em todo cenário nacional, foi e continua sendo, muito pouco ofertada a essas trabalhadoras.

Em contrapartida, todas as ACS relataram terem tido a oportunidade de realizar cursos de educação permanente ao longo dos anos de atuação. Porém, salientam que nos últimos anos houve uma drástica redução nas oportunidades de qualificação no município.

Ademais, após conhecermos um pouco da estrutura e da dinâmica de trabalho da APS no município, e ainda, o perfil das trabalhadoras e trabalhadores ACS atuantes em Pinheiral-RJ, buscaremos empreender na próxima seção deste capítulo, uma discussão acerca das principais mudanças ocorridas nas atribuições destes profissionais, caracterizando o modo como elas vêm ocorrendo nos últimos anos no município. Com ela, esperamos alcançar os objetivos propostos no presente estudo, buscando analisar os possíveis efeitos advindos da incorporação dessas mudanças no processo de trabalho do ACS.

4.4 DESVELANDO UM RELICÁRIO DE SONHOS E FRUSTRAÇÕES: com a palavra as trabalhadoras e trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde do município de Pinheiral-RJ

Diante das análises realizadas, nos propomos a compor a presente seção, construída com o intuito duplo de atender aos objetivos geral e específicos do presente estudo e ainda, dar voz a estas (es) trabalhadoras (es) tão importantes para o sistema público de saúde.

Considerando a expressiva maioria de mulheres atuando na função de ACS no município, a partir daqui, iremos nos referir às mesmas sempre utilizando o gênero feminino.

Conforme descrito no percurso metodológico, a partir das entrevistas realizadas com doze ACS atuantes na APS do município, buscou-se empreender a identificação das principais mudanças ocorridas nas atribuições das ACS nos últimos anos, caracterizando como tem se dado a incorporação destas mudanças no cotidiano de trabalho dessas profissionais. Para tal, realizamos um comparativo entre época em que estas trabalhadoras iniciaram a sua atuação como ACS no município, com o contexto atual de trabalho das mesmas. Paralelamente a isso, buscamos proceder também, a análise dos possíveis efeitos advindos da incorporação dessas mudanças no processo de trabalho dessas trabalhadoras.

As ACS foram selecionadas tendo como base os critérios de inclusão elencados para participação nesta fase do estudo. Considerando os preceitos éticos que asseguram o sigilo referente à participação das mesmas, optamos por não descrever as características referentes ao perfil das participantes desta fase, a fim de evitar o risco de que elas fossem identificadas de alguma forma. Considerando a relevância da informação, salientamos apenas que o tempo de atuação das mesmas no município variou entre 7 a 16 anos. Para a descrição dos relatos obtidos, as participantes serão identificadas como ACS, enumeradas de 1 a 12.

A partir da análise realizada, foram construídas as seguintes categorias: 1. As mudanças no sentido do trabalho do ACS e seus efeitos para APS; 2. Gestão do trabalho, qualificação e integração com a equipe

4.4.1. As mudanças no sentido do trabalho do ACS e seus efeitos para APS

Conforme mencionado no Capítulo 2 do presente estudo, a importância atribuída ao trabalho desenvolvido pelos ACS possui relação direta ao papel essencialmente proposto para esses profissionais. Além do papel mediador comunitário, é válido salientarmos a sua importância enquanto agente de promoção da saúde, de mobilização social e articulação intersetorial (ÁVILA, 2011; MARTINS, 2014; MOROSINI; FONSECA, 2018).

Não é por acaso que, a primeira portaria editada pelo MS em 1997, a qual definia algumas diretrizes que deveriam ser observadas para a operacionalização do PACS e do PSF, estabelecia como um dos requisitos para o exercício da função de ACS, residir há pelo menos dois anos na área aonde fosse exercer suas atividades, mantendo assim, o caráter comunitário pensado inicialmente para este profissional (BRASIL, 1997).

No entanto, ao longo dos anos, essa exigência foi sendo deixada de lado, permanecendo apenas a necessidade de que ele residisse na comunidade em que fosse atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público. É essa exigência que consta

na nova PNAB de 2017 (BRASIL, 2017), e na Lei municipal, que versa sobre a atuação dos ACS em Pinheiral (PINHEIRAL, 2019), já abordadas nos capítulos anteriores.

Quando questionadas acerca do seu papel na ESF, as ACS foram unânimes no que diz respeito ao seu papel na construção do vínculo com as pessoas, na realização de uma “‘ponte’ entre os serviços e a comunidade” (ACS 1), “um intercâmbio entre o paciente/família e a equipe de saúde” (ACS 7). Em um momento da entrevista, a ACS 7 afirmou que tenta

[...] ficar o mais próximo possível da família, fazer com que ela conte a história dela pra mim. Dentro dessa história, eu acabo descobrindo que ali tem um hipertenso, ou um diabético, ou algum problema psíquico ou emocional. O primordial mesmo, é o laço de amizade. Depois acaba que antes de procurar o posto, eles procuram a gente. Às vezes os problemas vão primeiro por mim, na reunião de equipe, e só depois a gente consegue levar o paciente pra unidade (ACS 7).

Papel este que vai ao encontro do que defendem Borges, Abrunhosa e Machado (2009) que afirmam que o ACS é um importante profissional do cuidado em saúde, tendo em vista não só, a sua possibilidade de formação de laços, mas principalmente, a sua responsabilidade e empenho na manutenção e na estabilidade desses laços construídos na comunidade.

Além disso, as ACS destacaram o seu papel na orientação em relação à RAS e aos serviços ofertados, normas de funcionamento da unidade, marcação de consultas, dentre outras orientações mais gerais. Algumas ACS mencionaram também, o seu papel na identificação das condições de vida e de saúde das pessoas, na realização de visitas para acompanhamento de grupos específicos mais vulneráveis, como idosos, gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos e na articulação com outros setores, a fim de atender às demandas identificadas no território. Conforme descrito por elas, o papel do ACS seria

[...] estar fazendo as visitas regulares, de mês em mês, pra saber, fazer o acompanhamento de crianças, de cartão de vacina, do hipertenso, do diabético, se tiver alguém na casa (...), se ele mora em alguma área de risco, verificar alguma vulnerabilidade que ele possa ter na casa, dificuldade de alguma coisa, pra gente tentar ver os caminhos de tentar melhorar a vida desse paciente (ACS 3).

[...] cadastrar as famílias novas que entraram no território da gente, acompanhar as crianças, as gestantes, vacinação, ver como que tá a vacinação. No caso das gestantes, estar acompanhando o Pré-natal, verificar se tem hipertensão, se tem diabéticos, se tem pessoas com câncer, se não tem, e assim como outras (ACS 6).

No entanto, é válido salientar que poucas se reconheceram enquanto agentes de promoção da saúde ou de mobilização social. A maioria delas delineou um papel a ser desempenhado, muito mais atrelado ao acompanhamento e controle de condições específicas de saúde, ou mesmo doenças, do que a ações pertencentes a dimensão educativa do seu

trabalho. Apesar disso, faz-se oportuno chamarmos a atenção para o depoimento de uma das entrevistadas, que afirmou entender que o papel essencial do ACS deveria ser “promover saúde em todos os âmbitos” (ACS 7). No entanto, ela salientou que essa não é a realidade vivenciada no seu cotidiano de trabalho atualmente. Conforme descrito por ela

Em outra época, nós chegamos a promover um grupo de mulheres que tinha mais de 70 mulheres, a gente pegava pessoas dentro da comunidade pra dar cursos, algumas de fora, e algumas mulheres começava a ter renda ali dentro. A partir do nosso ponta pé inicial, virou até trabalho pra algumas (mulheres), e algumas delas até sobrevivem disso. E isso não tem mais. [...] Eu costumo falar que promover saúde não é só evitar doença. Há 6 anos atrás a gente conseguia colocar a comunidade dentro de um “arraiá”. Nós fazíamos um “arraiá” dentro do nosso bairro, todo mundo participava, a equipe toda, até os médicos, a comunidade, e hoje a gente não consegue mais (ACS 7).

A ACS 7 descreve ainda que, ao pensar no seu papel na prática cotidiana nos dias atuais, acredita que o ACS tenha se tornado um “mero entregador de correspondências” (ACS 7).

Algumas ACS corroboram da mesma opinião, acrescentando que desde quando ingressaram para atuar nessa profissão, por volta de 2011, o papel do ACS já vinha sendo desconstruído gradativamente. Elas destacam que, embora o papel do ACS ainda seja remetido ao desenvolvimento das ações já mencionadas, no município, o papel essencial do ACS passou a ser:

[...] levar a consulta do paciente. Levar o encaminhamento, que é o que eles cobram mais da gente. [...] veem a gente como carteiro (ACS 11).

[...] a gente acabou virando carteiro (ACS 3).

[...] só pombo correio. Toma, toma, toma (encaminhamento) (ACS 1).

Ao serem questionadas sobre as mudanças instituídas no trabalho desempenhado por elas, as ACS descreveram um processo acentuado de descaracterização das suas atividades. Elas destacaram que, ao longo dos anos, foram sendo incluídas cada vez mais novas atribuições e responsabilidades, o que foi tornando o trabalho realizado cada vez mais burocrático e menos resolutivo.

Conforme relato obtido junto às ACS

Antes, a gente não tinha tanto essa parte burocrática. Hoje a gente tem muito. Hoje a gente trabalha com o prontuário eletrônico, que é o PEC. Hoje tem a parte de agendamentos de consultas do SISREG. [...] Agora tem essa parte burocrática que a gente antes não tinha. Hoje tá tudo assim mais avançado, é mais tecnologia, antes

era muito papel. Então tem essa parte de cadastrar, digitar, incluir, excluir, atualizar. Isso toma muito tempo. Isso tudo dentro da unidade. Aí o tempo que eu to ali dentro da unidade, eu sei que faz parte do meu serviço, mas eu deixo de estar na rua, fazendo outros serviços na rua, que talvez seriam mais importantes. A gente fica na recepção também, revezando na recepção (...) (ACS 5).

Foi mudando as atribuições. Eu passei de ser uma agente de saúde, eu parei de promover saúde e comecei a apagar fogo, comecei a fazer a parte burocrática, comecei a ficar mais dentro da unidade, comecei a ter pouco tempo pra exercer o que me foi proposto há 7 anos atrás, eu sofri um desvio de função. O meu papel foi totalmente descaracterizado (ACS 7).

No início, eu tinha mais tempo pra realizar a visita. Parte burocrática não, porque o gerente não gostava do ACS na unidade. Agora, ele até quer o ACS na unidade, mas pra fazer outras coisas que não são relativas ao trabalho dele (ACS 10).

Outra ACS entrevistada salientou que, a sua principal atribuição na atualidade é a “entrega de encaminhamentos” (ACS 1), reforçando que todas ações que ela realiza hoje, são direcionadas em função de dar conta dessa demanda.

Porque hoje em dia é assim, só chega encaminhamento. Além da gente marcar, porque agora a gente tem que ir para o sistema marcar, ver se tem vaga. Não sei se isso acontece em outras unidades, mas na minha unidade a Enfermeira passa pra gente fazer. Encaminhamento pra especialidades, “raio x” é a gente que tem que marcar. Tudo a gente entra no sistema e já marca. [...] Aí, não tem como, eu to sem tempo de fazer as visitas para as pessoas. Não tem como, porque eu só tô ultimamente, chegando na casa do paciente, “oi, Boa Tarde! Aqui, toma” e entrego o encaminhamento. Não tem mais aquele tempo pra eu poder conversar com eles. Não to tendo tempo de ir, porque, mesmo assim, às vezes [...] eu vou na casa de paciente, percebo que o paciente ta carente, tá querendo conversar, mas eu fui lá só pra entregar o encaminhamento, mas aí eu entro, sento, quando eu vejo eu fico agarrada, no outro dia eu tenho que correr muito para entregar os outros encaminhamentos que ficaram faltando (ACS 1).

Esta questão da entrega dos encaminhamentos foi abordada por todas as ACS entrevistadas. Elas descreveram que, embora tentassem desenvolver um planejamento de trabalho, que desse conta de estarem presentes no território, realizar as visitas domiciliares de forma qualificada, conversar com a comunidade, tudo isso era deixado de lado em função da alta demanda de encaminhamentos a serem entregues. Nesse contexto, diversas atribuições que antes eram consideradas essenciais para o trabalho desenvolvido por elas no município, foram sendo deixadas de lado, ou realizadas de uma forma menos qualificada.

Conforme elas destacam

Antes eu acho que as visitas que a gente fazia, eram bem mais efetivas do que hoje. Porque quando eu entrei pra trabalhar de ACS, a gente tinha uma ficha que até as medicações que o paciente usava e quantas vezes ele usava a gente preenchia [...] Hoje não. Hoje eu vou, eu faço a visita, mas eu não preencho nada [...] Antes você conseguia ter uma visão melhor do paciente, você conseguia saber mais do paciente

[...] Isso parece que vem mudando, parece que vai modificando, eu falo até que a tecnologia faz com que algumas coisas de mais valor vão ficando pra traz. Até o vínculo vai ficando de lado (ACS 5).

No começo, quando eu entrei, a gente tinha horário certo pra sair para rua, a gente saía, a gente fazia as visitas [...] Dava pra eu fazer, ir de casa em casa, devagarinho, dava pra atender umas 10 pessoas, 10 famílias neh, que a gente ia visitar. Era bem legal, era bem mais tranquilo. E aí você via cartão de vacina, você conversava, às vezes as pessoas nem estavam doentes, elas só queriam conversar. A gente esclarecia sobre todos os médicos que tem para poder consultar, porque tem mulheres que não faz preventivo, aí a gente conversava e tudo, elas se animavam, porque elas ouviam, e isso criava um vínculo até de amizade, porque elas confiavam na gente. A gente tava lá, a gente passava, aí ela iam, devagarinho, elas iam para lá para poder ver como era o serviço da unidade. A pessoa se sentia incentivado também, acolhidos. O verdadeiro acolhimento era feito no domicílio, na rua quando eu encontrava com alguém. Inclusive, o papel do agente é você chegar, chegar na casa do paciente, olhar, pra ver se tem algum risco, se tá tudo certinho, se precisa até de acionar um assistente social, alguma coisa assim. Hoje em dia a gente não consegue ter essa visão, porque a gente não tá nem entrando, porque é só entregar encaminhamento (ACS 1).

Além dessa questão da entrega de encaminhamentos, as ACS descreveram que gradativamente, novas atribuições foram sendo incorporadas ao seu escopo de trabalho. Tanto que, quando questionadas em relação ao seu cotidiano, elas descreveram que ele passou a ser composto basicamente por ações de cunho burocrático. De acordo com os relatos obtidos nas entrevistas, as ACS não conseguem estar presentes no território, a fim de identificar as reais necessidades da população.

Conforme descrito pelas mesmas, a maioria das atribuições desempenhadas por elas são realizadas dentro das unidades. De forma geral, foram enumeradas como ações desenvolvidas por elas na atualidade, a entrega de encaminhamentos, a digitação da produção diária que deve ser realizada a fim de cumprir os prazos estabelecidos pela chefia, os serviços burocráticos de marcação de consultas e alguns exames (radiografias, eletrocardiograma, etc.), preenchimento do caderno de protocolo de entrega de encaminhamentos, atendimento ao público na recepção, acompanhamento das condicionalidades do bolsa família e o auxílio na organização de fichas e prontuários.

Em pouquíssimos momentos das entrevistas, as ACS abordaram a realização de atribuições de educação em saúde, como a realização de ações junto à comunidade. Sempre reforçando a falta de tempo para realizar essas atividades.

Muitas vezes a gente até programa, mas não consegue fazer. Às vezes devido à rotina de agendamento de consultas com especialistas dentro da unidade, porque antes era na secretaria de saúde. Hoje a gente que agenda lá. A gente que coloca na fila de espera, a gente que agenda, a gente que dá baixa, dá entrada, dá saída. E toma muito tempo (ACS 5).

Algumas ACS chegaram a descrever que, no início, quando ingressaram para atuar nessa profissão, o papel e o trabalho dos ACS eram bem diferentes. Elas apontaram que, nos anos iniciais, permaneciam a maior parte do tempo no território. Conseguiram realizar visitas domiciliares e desenvolver atividades de educação e promoção da saúde junto à comunidade. Inclusive atividades que, além de promover a construção e o fortalecimento dos vínculos, flexibilizavam os espaços de cuidado de dentro da unidade para o território, mobilizavam a população e realizavam articulação junto a outros parceiros na comunidade. Entretanto, elas destacaram que isso foi se perdendo ao longo do tempo.

As pessoas acham assim, que eu vivo lá no passado. Mas era um passado que era bom. Tem pessoas que hoje não vão na comunidade. Hoje em dia não consegue mais, devido ao excesso de atribuições. A gente não tem mais esse vínculo. Dentro da comunidade o trabalho só acontece dentro do PSF (ACS 7).

A gente tinha mais tempo pra sentar e discutir o que fazer. A gente conversava mais, tinha uma interação maior com o NASF. [...] A gente teve um projeto que a gente chamava de “Vida ativa”. [...] A gente teve a ideia, nós ACS, tivemos as ideias, a gente começou a trabalhar dentro da ideia, passamos pra enfermeira chefe, ela deixou, mas foi a gente que buscou tudo. Uma ACS foi atrás de um professor de educação física que pudesse estar vindo pra ajudar a gente, a gente conversou com a nutricionista se ela podia estar ajudando a gente no grupo. E o grupo foi muito bacana. No começo quando funcionava, tinha o grupo com a nutricionista, ela conversava com eles, e foi muito legal. Tinha a adesão dos usuários. A gente podia participar. E depois a gente não pôde mais participar do grupo. E assim, foi acabando o grupo, e assim foi acabando tudo. E com isso, a gente foi desmotivando. [...] Acabou que tirou o vínculo com o PSF, e o grupo continuou, mas sem vínculo nenhum, e sem nenhum merecimento do módulo, de ter criado nem nada, é como se a gente não existisse (ACS 10).

Na época que eu entrei não tinha muito essa coisa de computador. A gente trabalhava mais com papel. Então a gente conseguia realizar mais a visita. Porque tinha mais tempo. Porque, por mais que eles falem que é tecnologia e tal, pega um tempo enorme. É um sistema muito complicado de mexer. [...] Mas a gente conseguia realizar mais as visitas. Conversar mais. Hoje em dia é um tempo mais corrido (ACS 11).

Foram frequentes os relatos das ACS entrevistadas, que apontavam também para a constância do desvio de função no seu cotidiano de trabalho. Algumas delas chegaram a mencionar até mesmo, a imposição de realização de atividades de auxílio na higienização das unidades quando necessário, como atribuição a ser desempenhada por elas.

Acerca dessa burocratização do trabalho em saúde, e mais especificamente do trabalho dos ACS, conforme discutido no referencial teórico do presente estudo, faz-se oportuno mencionar o exposto por Nogueira (2019, p. 321), que defende que

A burocratização do trabalho dos ACS é um processo constituído por mediações históricas que conformam o mundo do trabalho, o setor produtivo e o setor de

serviços. É inerente ao avanço do gerencialismo nas políticas públicas, enfatiza práticas de saúde individuais em detrimento das coletivas e ratifica o modelo de atenção biomédico. É constituída pela implantação de modelos de gestão que legitimam a orientação gerencialista como indutora de práticas na APS. Acrescenta-se a isso a informatização do processo de trabalho e, assim, há descaracterização das atribuições dos ACS, das ações coletivas e comunitárias.

A partir dos relatos obtidos, foi possível perceber que muitas dessas questões mencionadas não são novidades no cotidiano de trabalho dessas profissionais. Algumas atribuições de cunho burocrático já eram realizadas pelas ACS bem antes da revisão da PNAB ocorrida em 2017. Apesar disso, elas chamaram a atenção para uma intensificação das mesmas no cenário atual. Sobretudo, a partir do ano de 2017, em que houve uma mudança de governo na gestão municipal.

Percebemos também, uma certa consciência das trabalhadoras em relação à diferença do papel proposto inicialmente para os ACS e a realidade de trabalho que estão vivenciando, após as mudanças recentemente instituídas nos documentos que norteiam a APS. Elas ressaltaram que, tudo isso, além de tomar o tempo em que poderiam estar realizando ações consideradas imprescindíveis ao seu trabalho, geram muita insatisfação e desmotivação, por sentirem que o seu trabalho teria menos valor dentro da equipe de trabalho.

Inclusive, além da falta de tempo, alguns ACS destacaram a falta de motivação também para o empenho na realização de algumas ações. Principalmente as de educação em saúde, que estariam sendo tão pouco valorizadas nos últimos dois anos.

É válido pontuarmos que, com a edição da nova PNAB em 2017 (BRASIL, 2017), algumas dessas mudanças instituídas na realidade de trabalho dos ACS, foram materializadas oficialmente na política pública que norteia o trabalho na APS. Acreditamos que a desconstrução do papel comunitário do ACS se intensifica, na mesma medida em que são incorporadas algumas atribuições que passam a redirecionar o trabalho desempenhado por elas. Com um trabalho cada vez mais burocratizado e dentro das unidades de saúde, o território de atuação dessas profissionais vai sendo deixado de lado. Isso sem falar, na relativização da importância do seu trabalho na APS, conforme já mencionado no capítulo 2 deste estudo.

Acerca da nova PNAB, quando questionadas em relação às mudanças propostas recentemente pelo documento, pouquíssimas ACS relataram terem acompanhado esse processo. Algumas, sequer sabiam da existência de uma política que direcionasse o trabalho da APS, ou do que ela se tratava. O mesmo ocorreu no que diz respeito ao conhecimento em relação à legislação que regulamenta o trabalho deles em âmbito municipal. Aproveitamos o

momento da entrevista para apresentar um pouco sobre as mudanças preconizadas pela nova PNAB, principalmente no que diz respeito ao trabalho desenvolvido pelos ACS. Foram abordadas as questões dos novos arranjos para a APS e, principalmente, as novas atribuições de cunho mais clínico, propostas para elas nesse novo contexto.

Em relação a PNAB, apenas duas ACS descreveram estar acompanhando de perto essa discussão. De acordo com elas

O estranho disso, é que falam da nossa importância, mas a lei também é desfavorável demais quanto a gente. Porque veio logo com essa resolução aí, de ter um agente só. Então eles (a gestão) ficam respaldados. A lei não acompanha a realidade do nosso trabalho no território (ACS 10).

Com a retirada do ACS, eu acho que o que perde é praticamente toda função, todo o sentido do trabalho da APS. Vira praticamente uma clínica particular, que você vai lá, faz seu exame, pega um raio x e pronto. Mas você perde aquele contato, aquela pessoa amiga que você pode conversar. Alguns talvez nem vão ligar, mas muitas pessoas vão sentir a falta neh. Muita gente vê a gente como um amigo, um anjinho, uma pessoa que ajuda, muitas são bem carinhosas com a gente, então eu acredito que vão sentir muita falta, tem muito a perder se isso continuar, se for assim (ACS 12).

Conforme discutido no capítulo 2, a PNAB de 2017 promove uma reformulação das atribuições e condições de trabalho dos ACS, incorporando uma série de atividades de cunho clínico ao escopo de ações desses profissionais.

Acerca dessas novas atribuições preconizadas na PNAB, algumas ACS admitiram já terem realizado a aferição de pressão e até mesmo, a verificação de glicemia capilar, em algum momento durante a visita domiciliar. Entretanto, a maioria delas relatou que não houve por parte da gestão municipal, uma tentativa formal de incorporação dessas novas atividades no seu escopo de práticas.

Apesar disso, obtivemos relatos que apontaram para o início de uma conversa neste sentido, durante a transição de governo na gestão municipal por volta de 2017. Inclusive, uma das entrevistadas chegou a mencionar questionamentos surgidos na época, que demonstravam certo desconforto de algumas ACS, por julgarem não ter aptidão para essas atividades de cunho clínico. Conforme relatado pelas ACS

A gente teve, nas primeiras reuniões que a gente teve com a nova coordenação assim que mudou o governo, foi passado que tínhamos que fazer curativo. [...] teve sim uma reunião que foi passado isso, que a gente ia ter que fazer curativo, que a enfermeira ia capacitar a gente pra fazer, pra verificar uma pressão, a glicemia e fazer o curativo simples. Mas não foi pra frente isso, porque eu acredito que a gente achou um absurdo, ter que fazer isso. Acabou que, todos os ACS reclamaram. Diante de tudo que a gente faz, ainda agregar mais isso? [...] No contexto atual, essas atribuições seriam ruins. E ao mesmo tempo, ia ser ótimo poder ter essa

interação com o paciente. Agora se fosse redividido a área, se eu ficasse com uma quantidade menor de pacientes, eu ia achar muito bom (ACS 10).

Assustou muito os agentes de saúde, principalmente os mais antigos. Você imagina, você que tá há tantos anos acostumado a promover saúde, agora ter que realizar esses procedimentos (ACS 7).

No que tange às novas atribuições propostas no documento de 2017, embora a maioria das ACS não tenha se mostrado estritamente contrária à incorporação delas no seu cotidiano, percebemos uma certa preocupação relacionada à sobrecarga e no que diz respeito à finalidade do seu trabalho.

Eu acho que meu trabalho tem um objetivo diferente, é mais pro lado da prevenção, até porque já tem o técnico em enfermagem pra isso (ACS 2).

Em nossa concepção, essas novas atribuições preconizadas na PNAB de 2017, além de não aumentar a resolutividade do trabalho desempenhado pelas agentes de saúde, tendem a promover um distanciamento ainda maior das condições para que o município consiga ofertar, de fato, uma APS qualificada e abrangente.

Quando discutimos no primeiro capítulo deste estudo, acerca dos conceitos e atributos característicos de uma APS abrangente, destacamos a fundamental importância do trabalho em equipe multiprofissional, da articulação com outros setores, da construção de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) bem articulada e do reconhecimento da determinação social da saúde, para que seja possível o enfrentamento efetivo de uma série de situações e agravos identificados na comunidade.

Sendo assim, não acreditamos que seja a inclusão dessas atribuições de cunho clínico, que inclusive já são desenvolvidas por outros profissionais da equipe, que promoveriam um aumento da resolutividade do trabalho. Conforme descrito no referencial teórico deste estudo, quando abordamos os atributos essenciais e derivados dos serviços de APS sintetizados por Starfield (2002), percebemos que o poder de interação dos serviços de saúde com os indivíduos e a comunidade aumenta, a medida em que se torna mais forte a orientação para o atendimento desses atributos, extremamente necessários para o desenvolvimento de uma atenção à saúde em uma perspectiva cada vez mais abrangente (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Considerando ainda as mudanças identificadas no trabalho do ACS ao longo do tempo, ressaltamos que ela trouxe consigo, diversos desafios para o desenvolvimento das ações essencialmente propostas para esses profissionais. Dessa forma, foi possível notar no

relato das ACS entrevistadas, alguns efeitos até mesmo, na integração destes profissionais junto à comunidade.

De uma forma geral, a maioria das ACS mencionou que a relação com a comunidade passou também, por um verdadeiro processo de transformação. Elas descreveram que, no início, embora tivessem uma certa dificuldade de aceitação, enfrentando dificuldades até mesmo para ingressarem nas residências, isso foi sendo superado com o tempo. Atualmente, essa questão da receptividade na comunidade foi sendo substituída pela dificuldade de estarem presentes no território, e de conseguirem realizar as visitas de forma efetiva. A presença no território favorecia não só, a construção do vínculo com pessoas/famílias, mas também, o acompanhamento das mesmas, a identificação de problemas no território e a mobilização comunitária, na busca pela solução desses problemas identificados.

Foi possível perceber que a relação com a comunidade fica ainda mais estremecida, a medida em que elas assumem funções dentro da unidade, como a recepção por exemplo, que as colocam em uma posição delicada, por aos invés de acolherem as demandas da comunidade, passarem a ser a figura que tem que dizer o “não”.

Conforme relatado por uma ACS entrevistada

Antes eu fazia as visitas normais, tinha mais vínculo com a comunidade, porque hoje a gente perdeu um pouco de vínculo por conta de você tá na recepção e ter que dizer “não” pro paciente. Entendeu? Aí o paciente já fica com raiva de você, porque você disse um não pra ele. E aquela nem era a minha obrigação e eu tive que falar, porque era uma ordem que eu tinha que fazer. Eu acho que isso aí foi o que mais mudou. A perda de vínculo por causa de serviços que não são nossos (ACS 4).

No entanto, faz-se oportuno refletirmos um pouco acerca dessa atividade de recepção. A dinâmica (re) organizativa da APS prevê que sejam estabelecidos mecanismos de acessibilidade e acolhimento de todos os usuários, a partir de uma escuta qualificada, de modo universal, para que então seja possível a construção de respostas para as demandas e necessidades de cada um. Esta é uma atribuição comum a todos os profissionais da APS, que está presente na política de saúde desde 2011. Apesar disso, existem demandas identificadas que, nem sempre, podem ser solucionadas de imediato. Pode ocorrer de algumas delas terem que ser direcionadas a outros pontos da RAS, pode ocorrer de algumas situações precisarem aguardar atendimento em uma data futura, mas em algumas ocasiões, é possível que elas ocorram em função da desestruturação dos serviços na APS também. Tudo isso pode realmente interferir nas relações do ACS junto à comunidade, contribuindo para um enfraquecimento dos vínculos estabelecidos.

Entretanto, é válido pontuarmos mais uma vez, a importância dos ACS não só, na orientação desses usuários acerca do funcionamento da RAS, mas principalmente na viabilização da mobilização comunitária. Consideramos que existem várias formas de se dizer um “não” com cuidado para esses usuários, inclusive tentando apontar a desestruturação do sistema de saúde e mobilizar a comunidade para a transformação da realidade encontrada.

Foi possível perceber que, a queixa frequente das ACS em relação às atividades de recepção tem relação mais com a sobrecarga de atividades, a desestruturação dos serviços e da RAS, e principalmente, a tendência de desvalorização do trabalho desenvolvido no território, junto à comunidade. Conforme descrito na seção de caracterização do cenário de APS do município, todas as unidades de SF do município possuem um profissional administrativo que permanece na recepção a maior parte do tempo. No entanto, foram frequentes os relatos das ACS que associam a sua permanência constante na recepção, não como uma forma de acolhimento aos usuários, mas como um mecanismo de desvio de função para o desempenho de funções administrativas, que o recepcionista não estaria dando conta sozinho. Isso reforça ainda mais a perspectiva utilitarista do trabalho do ACS, que fica à disposição para fazer tudo o que for necessário.

Outra questão mencionada por uma ACS, foi a necessidade de que as visitas domiciliares passassem a ser protocoladas, ou seja, de solicitar que os usuários assinassem quando fossem visitados, a fim de comprovar a realização dessas visitas. Conforme relatado pela ACS

[...] às vezes a pessoa te encontra ali na rua, conhece assim por muitos anos, ela não quer assinar um papel, ela não quer que você fique anotando. Ela acha que aquilo ali, ela tá te contando como uma amiga. Então pra mim, isso é um pouco mais complicado. Por mais que a gente faça a visita, parece que eu to fazendo a visita de um amigo, de um vizinho, por morar muito tempo na área. Eu sempre tive muito receio disso de “Ah, você assina aqui pra mim”, parece que eu to sempre fazendo uma troca, e isso eu sempre achei ruim (ACS 12).

Com isso a relação de confiança estabelecida entre o ACS e a comunidade vai sendo perdida. De acordo com o relato das entrevistadas, a expectativa da comunidade em relação ao trabalho do ACS foi sendo ressignificada. Ultimamente, elas quase não têm sido cobradas pelos usuários em relação à presença no território, à realização de visitas, mas sim, em relação a marcação de consultas, entrega de encaminhamentos, orientações referentes a demora no agendamento de determinado exame.

[...] os pacientes cobram muito da gente. Eles não cobram nem visita. Eles cobram muito da gente em relação a demora na marcação de exames, a receita, a consulta. “Você pode fazer uma receita pra mim?”, “Você pode marcar uma consulta pra mim?” (ACS 4).

O que eles mais cobram é o encaminhamento (ACS 2).

Hoje pra eles (a comunidade), o ACS é mesmo só pra entregar mesmo o papel ou assim, pra poder marcar uma consulta pra ele, ou levar uma receita aqui pro módulo, mais nada (ACS 10).

Consideramos que essas mudanças identificadas na relação das ACS junto à comunidade, reforçam ainda mais a mudança de sentido promovida no trabalho dessas profissionais nos últimos anos. Isso se agrava ainda mais no contexto atual, em que soma-se ainda a sobrecarga de trabalho constante, em virtude do acréscimo acentuado de atribuições cada vez mais burocráticas.

Além disso, diversas outras dificuldades foram sendo listadas ao longo das entrevistas. Algumas que perduram desde a época que ingressaram, como as relacionadas ao transporte para deslocamento até as áreas mais distantes, e outras que, apesar de já estarem presentes antes mesmo da revisão da política de saúde em 2017, se intensificaram nos últimos três anos, como o elevado número de encaminhamentos para entregar, o excesso de atribuições administrativas dentro das unidades, a falta de condições de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual, falta de tempo para realização da visita domiciliar e ações de educação em saúde e, ainda, a falta de transparência das informações repassadas pela gestão.

Pra mim a dificuldade até de poder chegar na minha área. E esse número de encaminhamentos que chegou também, porque a gente acaba virando carteiro neh. Porque acaba a gente não conseguindo fazer o nosso trabalho (ACS 3).

Acho que a falta da participação do chefe, a equipe ser mais unida, porque não tem união da equipe. [...] Então está faltando escutar mais os agentes de saúde que querem realmente trabalhar. Não tenho voz. Eu falo, mas não sou escutada. (ACS 4).

A dificuldade que eu acho é que pra você realizar um serviço bom, você tem que estar bem neh. Eu acho que hoje a gente encontra muita dificuldade. É muito obstáculo. É muita cobrança, mas é pouca coisa que oferecem pra gente realizar o trabalho. Condições de trabalho (ACS 8).

(A maior dificuldade) São os encaminhamentos. Nossa! O encaminhamento foi quase a pauta toda da nossa conversa. Eu acho que a gente tinha que montar uma estratégia com isso, do encaminhamento. [...] Porque a gente fica muito sobrecarregada com isso. [...] Tá virando uma bola de neve. E não ta se resolvendo o que fazer com isso. E fica tão cansativo, porque chega numa data muito perto, aí você corre pra fazer a entrega, às vezes é num lugar muito distante, você não pode planejar. [...] Aí de tarde, você ta aqui também, tá cansado, porque você trabalhou a manhã inteira andando pra pontos longes, às vezes a gente senta e quer fazer até devagar, poder descansar a sua mente, também não tá certo, eles não querem saber que você está cansado. Se chegar um encaminhamento quatro horas pra consulta no

outro dia você, além de ter que resolver esse problema, você é cobrado que não pode cansar. Se a gente tivesse tempo pra poder fazer e menos cobrança, eu acho que a gente conseguiria realizar um trabalho bem melhor (ACS 10).

Não recebemos uniforme e protetor solar também não. Repelente também não (ACS 12).

No entanto, apesar da maioria delas reconhecerem essas dificuldades como entraves significativos para o desenvolvimento do seu trabalho, o que mais tem gerado inquietações e sofrimento no contexto atual, é o processo de desvalorização do trabalho realizado por elas. Sempre sendo tratado como se fosse um trabalho de segunda categoria. Elas descrevem que a falta de reconhecimento, associado à falta de incentivo e espaço para o diálogo com a gestão, atrapalham bastante nesse contexto.

Eu acho que o agente de saúde, ele teria que ser mais valorizado. Porque falam sempre que a gente é a ponta do módulo, que tudo, a gente que tá na casa do paciente, a gente que sabe o que acontece, a gente tinha que ter mais voz pra resolver as coisas. Porque às vezes você passa um caso, você vê todo um lado social do paciente que você conhece da sua comunidade. Aí você passa pro médico, o médico já enxerga do jeito dele, mas não te dá crédito daquilo que você fala. Às vezes você vê que o paciente tá precisando de um encaminhamento de urgência. Por exemplo, você pede pro médico pra ele colocar de urgência e ele não acha que é de urgência, mas você que tá na casa do paciente todo dia, você vê que é urgente (ACS 8).

(A maior dificuldade) Tempo e falta de incentivo. O tempo seria adequado se eu não tivesse que fazer esse tanto de atribuições. Eu conseguia fazer tudo isso antes (ACS 7).

Acreditamos que essa questão da desvalorização do trabalho desenvolvido pelas ACS, possua uma estreita relação com a concepção de saúde que vem sendo adotada nos últimos anos, muito mais atrelada à saúde como um bem que pode ser adquirido no mercado, do que como um direito humano a ser garantido. Além disso, conforme discutido no capítulo 1 deste estudo, ao promover uma relativização da cobertura universal, a PNAB de 2017 propõe uma APS extremamente alinhada à normatividade neoliberal, que se distancia do conceito ampliado de saúde e ignora o seu complexo processo de determinação social (FONSECA, 2019).

Sendo assim, os ataques empreendidos à profissão nos últimos anos estão intimamente associados, a desvalorização do papel essencialmente proposto para esses profissionais, que acabou sendo materializada no novo documento de forma implícita. Ao prever o financiamento de novos modelos de organização da APS, possibilitando inclusive, a reconfiguração das equipes de SF, relativiza-se a importância dos ACS na APS, que agora podem ser operacionalizadas sem esses profissionais. Isso sem falar na constância de

atribuições cada vez mais inespecíficas, relacionadas muito mais a doenças do que à promoção da saúde, desconsiderando também o processo de determinação social da saúde.

Diante dos relatos obtidos junto às ACS, foi possível notar que todas essas mudanças que foram sendo instituídas no processo de trabalho desses profissionais, influenciaram bastante na motivação dos mesmos para o trabalho, e também, no que diz respeito à satisfação pessoal com o trabalho desenvolvido.

A gente fazia muita palestra, grupo de gestante, diabético, hoje em dia se perdeu tudo. Fazíamos festa do dia das crianças, era grupo das coisas que você tinha, e a gente buscava as pessoas na casa, agora tá todo mundo desmotivado. Você não vê isso mais. Fazia grupo de gestante com sorteio de cesta, a gente ia nas casas de paciente mesmo ou nos lugares, nos comércios e pedia. Montava cesta, fazia uma vez por mês o sorteio de fraldas e tudo. Hoje em dia não faz mais (ACS 8).

Ah, eu acho que o empecilho maior é a motivação mesmo, que eu acho que a gente fica desmotivada, não consegue mesmo fazer as coisas. Hoje o trabalho é um pouco mais cansativo, frustrante. [...] Não tem incentivo também (ACS 12).

Conforme já mencionado anteriormente, embora algumas agentes tenham ingressado na profissão por diversos motivos, até mesmo sem saber o desafio que estava por vir, algumas delas descreveram que este momento inicial, foi marcado por muita motivação e entusiasmo. Principalmente depois de descobrirem qual seria realmente o papel que iriam desempenhar.

Inclusive, algumas ACS já conheciam qual seria esse papel e relembrou o momento de ingresso com bastante entusiasmo, descrevendo que

Eu já conhecia um pouco do trabalho porque a minha irmã era ACS. Eu achava interessante. Eu não sei se é porque a minha irmã é mais velha, mas eu achava super legal o que ela fazia. Quando eu entrei eu estava tão entusiasmada, eu queria abraçar o mundo assim, eu queria fazer tantas coisas, tinha tantas ideias. Eu gosto de ser ACS, eu já gostava até antes de entrar (ACS 10).

Quando eu entrei no mundo do agente de saúde, que eu vi que era um negócio muito bonito, era muito amplo. E eu dei muita sorte porque eu entrei em um momento, em que o agente de saúde era agente de saúde (ACS 7).

No entanto, a partir dos relatos obtidos junto às ACS entrevistadas, notamos que esse processo contínuo de descaracterização do trabalho, a sobrecarga provocada pelo excesso de atribuições e, principalmente, a desvalorização do papel essencialmente proposto para esses profissionais, foi gerando um processo de desmotivação progressiva dessas agentes. Isso sem falar, na intensificação do estranhamento do trabalho desenvolvido por elas, que em alguns momentos, sequer conseguem se reconhecer enquanto profissionais de saúde, ou perceber a importância do seu papel como mediador comunitário.

Eu me sentia útil, até mesmo com os meus colegas. Mas mudou atribuição, mudou o papel, os colegas, a equipe. Veio a sobrecarga de trabalho (ACS 5).

(Hoje) esse negócio de eu estar digitando e não conseguir ir lá bater um papo com o meu paciente me incomoda muito. [...] São tantas atribuições que eu não consigo fazer nenhuma delas de maneira qualificada. Eu faço um pouquinho de cada uma, não faço nenhuma completa. Eu digito um pouco, eu visito um pouco, eu entrego um pouco de encaminhamento. Eu sou um agente um pouco...eu faço o que dá (ACS 7).

(Hoje) [...] ele (o gerente) só cobra. E a gente fica nervoso, porque quer fazer tudo e não consegue fazer as coisas direito, porque acaba ficando sobrecarregado. [...] O meu sentimento agora é de frustração. Mas naquela época (quando ingressou), eu tinha muito entusiasmo (ACS 10).

Embora algumas dessas novas atribuições previstas na nova PNAB não tenham sido incorporadas no cotidiano de trabalho das ACS do município, faz-se oportuno salientarmos que o papel previsto para as ACS foi sendo gradativamente descaracterizado ao longo dos anos. Além disso, o escopo de atribuições dessas profissionais também foi sendo cada vez mais ampliado e reconfigurado, contribuindo para uma acentuação do que Morosini e Fonseca (2018) chamam de uma transição de sentido do trabalho dessas profissionais. Sendo assim, “essa mudança de sentido vai redefinindo não apenas o escopo de práticas dos ACS, mas também o significado do território para o seu trabalho” (MOROSINI; FONSECA, 2018, p. 267).

Todas essas questões promovem não só, um processo de descaracterização do trabalho desenvolvido por essas agentes, mas também, um processo de sofrimento e desmotivação em relação à sua prática cotidiana. Tendemos a acreditar que essas duas questões estejam intimamente ligadas.

Embora não tenhamos elementos para afirmar que as ações desenvolvidas por elas inicialmente, seguia efetivamente no caminho da ampliação do acesso ao sistema de saúde e para a consolidação de uma APS mais abrangente no município, percebemos que as mudanças instituídas ao longo do tempo, promoveram uma simplificação do trabalho desempenhado por estas profissionais e caminharam no sentido de um esvaziamento dos princípios estabelecidos para a ESF.

A partir das reflexões apresentadas no referencial teórico deste estudo, acreditamos que além de um reposicionamento da ESF e a retomada da AB tradicional, a PNAB de 2017 acaba por induzir a uma profunda reconfiguração/d Descaracterização do processo de trabalho das equipes de APS, podendo trazer sérios retrocessos à expansão do acesso e à efetivação do direito à saúde.

4.4.2 Gestão do trabalho, qualificação e integração com a equipe

Conforme já discutido no capítulo 2 deste estudo, ao prever que as ACS passem a desenvolver atividades dentro das unidades de saúde, as PNAB vão promovendo ao longo do tempo um verdadeiro deslocamento do eixo do seu trabalho do território para a instituição. Além dessa redução do tempo para o desenvolvimento de ações na comunidade, o trabalho desenvolvido pela ACS passa a ser, gradativamente, orientado por uma racionalidade que busca atender a propósitos muito específicos, que remetem muito mais à uma lógica gerencialista e menos aos princípios estruturantes de uma APS abrangente, abordados no primeiro capítulo desse estudo (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Essa lógica se torna cada vez mais presente na APS ao longo dos anos, trazendo para o sistema público de saúde questões muito complexas, próprias da iniciativa privada, relativas à produtividade, ao controle do trabalho e a naturalização da lógica custo benefício. Tudo isso, direciona o trabalho do ACS para o atendimento das metas estabelecidas, desfocando-o do seu principal objetivo que é produzir saúde.

Isso se torna ainda mais evidente, ao questionarmos as ACS acerca do que elas mais têm sido cobradas na atualidade. Além das cobranças relacionadas a entrega de encaminhamentos já mencionadas na categoria anterior, as ACS descreveram que o que elas mais têm sido cobradas são os números referentes às visitas domiciliares realizadas.

Tudo é meta, a gente tem que ter X de visitas até no final pra poder fechar com um número de visitas de famílias que a gente tem. Lógico que a gente não consegue fazer todas, mas a gente tem que fazer o máximo possível pra bater os indicadores. [...] É mais número de visitas. Porque a gente não especifica no ESUS, quem é hipertenso, quem é diabético. A gente coloca o número de visitas. [...] Eu acredito que seja mais importante pra eles (gestão) lançar, pra fazer o indicador da visita. Não me perguntam como essa visita é realizada, só querem saber o número (ACS 3).

Hoje eu tenho a cobrança da visita, mais a digitação, porque tem que alimentar o sistema, e assim, eles costumam às vezes até a falar pra gente que “se você não produz, se você não digitar, você não vai ter o incentivo do PMAQ”. Eles falam que vai descontar o PMAQ (ACS 5).

Produção. Números em relação às visitas. E datas. Tem até um certo dia pra você digitar todas as suas produções. Tem até o dia 10 de cada mês pra você mandar tudo (ACS 8).

Embora algumas ACS tenham relatado perceberem uma intensificação dessas cobranças a partir de 2017, pudemos notar que algumas dessas questões já ganhavam força a partir de 2011, após a implementação de uma nova lógica de avaliação do trabalho na APS. Conforme descrito pelas ACS, no início, elas eram mais cobradas de estarem no território,

realizando visitas, trazendo informações acerca da população para a unidade. No entanto, a partir da instituição do PMAQ isso mudou, e as cobranças passaram ser relacionadas à quantidade de visitas realizadas. As ACS salientam que

Antes não cobravam tanta produção. [...] Acho que foi depois que começou o PMAQ que piorou. A cobrança foi pior. Porque assim, antes você trabalhava mais em equipe com o pessoal da dengue, aí você não tem produção com o pessoal da dengue. Aí você tá ali trabalhando, você tá junto com todo mundo, todo mundo tá te vendo trabalhar, você não precisa de provar pra ninguém que você tá trabalhando. Aí agora se você trabalhar com o pessoal da dengue, como que você lança a produção? Você lá em uma outra área, totalmente diferente, aí fica parecendo que aquele dia você não trabalhou. E você tem que fazer o que? E você tem que ter produção. Aí no outro dia você tem que fazer, ir na casa de trocentas pessoas, de manhã e de tarde, fazer um serviço mal feito, porque é produção, você tem que ir na casa do paciente, não tem como você mentir que foi na casa do paciente. Aí você tem que ir, se hoje eu tinha que fazer 10 visitas, eu vou ter que fazer 20 amanhã, porque ontem eu tava com o pessoal da dengue, e não fiz produção da minha área (ACS 4).

A gente é cobrado e avaliado por números. Inclusive já recebemos ameaças. “Vocês têm que aumentar o número de produção” ou “A produção tá muito baixa”. Já teve época de falar que o PMAQ seria pago por número de produção. Mas como que você vai avaliar uma visita por números? Eu acho importante é a qualidade, não é número. [...] se eu entrego 30 encaminhamentos, aí eu fiz 30 visitas num dia. Aí me pergunta o que que eu vi na primeira casa. Eu entreguei o encaminhamento e saí. De repente, eu precisaria entrar, sentar e conversar, mas se eu fizer isso, o trigésimo iria perder a consulta. Eu não tenho mais tempo pra redigir mais as minhas visitas (ACS 7).

Conforme abordado no capítulo 1 do presente estudo, o PMAQ acaba por constituir-se como mais um mecanismo de gestão baseado na Nova Gestão Pública (NGP) que, de certa maneira, acentua ainda mais a adoção de uma lógica gerencialista na ESF. Conforme salientam ainda Morosini e Fonseca (2018), a instituição dessa lógica de avaliação na saúde pública acaba por promover mudanças no processo de trabalho, passando a direcioná-lo para o alcance de metas cujos resultados sejam mensuráveis. A partir disso, são instituídos incentivos financeiros em função do alcance da produtividade almejada. Uma lógica muito própria da iniciativa privada e que não condiz com o que é almejado com a ESF.

Acerca desse assunto, Nogueira (2019, p. 319) defende que “a lógica da racionalidade e da produtividade atinge as condições de trabalho na APS e afeta os trabalhadores, incluindo as suas ações, que passaram a ser tensionadas por uma orientação produtivista de execução de procedimentos quantificáveis”.

Não é por acaso, portanto, que essas questões estejam tão presentes no cotidiano de trabalho das ACS do município. Além disso, o trabalho desenvolvido por essas profissionais, por já ser tratado como menos complexo, acaba sendo mais permeável às diversas demandas dos serviços, que objetivam a viabilização do atendimento às metas estabelecidas. Esse

processo reforça ainda mais a simplificação das suas atribuições e o caráter polivalente deste profissional, que passa a ter que estar à disposição para auxiliar em tudo que for preciso nas unidades (MOROSINI; FONSECA, 2018).

A adoção dessa lógica da produtividade na APS, implica no afastamento da mesma de uma perspectiva abrangente, com a realização de visitas cada vez mais rápidas, que objetivam muito mais o atendimento das metas estabelecidas e menos, o acompanhamento efetivo das famílias e o reconhecimento das condições de vida e saúde da população.

Acreditamos que tudo isso possa incidir de forma significativa no processo de qualificação dessas profissionais. Tanto que, no contexto do município analisado, esta foi uma das questões levantadas pelas ACS, que descreveram a falta de oportunidade e incentivo para a formação profissional nos últimos anos.

De acordo com os relatos obtidos junto às ACS, na época em que ingressaram, havia um movimento de incentivo para a busca de qualificação do trabalho. Além do curso introdutório, previsto legalmente como requisito obrigatório para o início das atividades como ACS, eram sempre ofertados cursos de educação permanente. Segundo elas, era evidente a preocupação com a melhoria da saúde da população, dos problemas identificados no território, e não com a questão das metas a serem atingidas.

Algumas ACS chegaram a associar, essa falta de oportunidades de formação percebida no contexto atual, às mudanças no papel desempenhado por elas, e ao processo de desvalorização do trabalho comunitário dos ACS.

Inclusive, elas resgatam que em 2011, houve um movimento de incentivo à profissionalização das agentes do município, em que foi ofertado o primeiro módulo do curso técnico em ACS. De acordo com as entrevistadas, a gestão municipal da época realizou uma parceria junto à uma Escola Técnica Federal do SUS, viabilizando a realização do primeiro módulo da formação técnica, a todas as agentes do município. No entanto, não houve continuidade na realização dos demais módulos da formação e tudo foi se perdendo. Conforme descrito na composição do perfil das ACS, apenas uma delas buscou a realização do curso por meios próprios, em uma instituição pública federal que oferecia o Curso Técnico na região, na modalidade semipresencial.

Desde então, não houve mais oportunidades para a continuidade do processo de formação profissional, restando apenas, os momentos de educação permanente que ocorriam com finalidades específicas. No entanto, conforme descrito pelas ACS, até mesmo esses momentos foram bastante reduzidos nos últimos dois anos.

Acerca desse assunto, uma das ACS entrevistadas salienta que

Eu tenho pena dos ACS que estão entrando hoje. Porque não tem capacitação. Eles estão entrando achando que agente de saúde é entregar encaminhamento. E pra entregar encaminhamento e fazer digitação não precisa de capacitação. A gente tinha cursos no CANP, tinha o Caminhos do cuidado, pela CCR NOVADUTRA... [...] eram professores mesmo do curso técnico em ACS. [...] Falta aprendizado contínuo. A gente precisa tá o tempo todo capacitado. A valorização também, porque eu acho que a classe está muito desvalorizada (ACS 7).

Tudo isso nos remete mais uma vez, à concepção de saúde e de APS que vem sendo adotada nos últimos anos, conforme já mencionado na categoria anterior. Na perspectiva da valorização produtivista das ações de saúde, a qualificação dos ACS passou a ocorrer de uma forma muito pontual, buscando muito mais a instrumentalização dos saberes para o atingimento das metas estabelecidas, do que a construção de conhecimentos que apoiem efetivamente a prática profissional. E consideramos que não seja por acaso, mas sim, com o intuito de manter essa noção de que o trabalho dos ACS é prescindível e pode, portanto, ser redirecionado para atender às necessidades que forem mais urgentes, ou até mais convenientes para os serviços (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Ressaltamos ainda, uma curiosidade percebida ao longo das entrevistas realizadas tanto com a gestão, quanto com as ACS. Foram frequentes os relatos que assumiam o desconhecimento acerca da Educação Popular em Saúde (EPS), como um dos referenciais essenciais para a formação e o trabalho de educação em saúde a ser desenvolvido pelos ACS. A maioria das entrevistadas, incluindo a gestão, referiu nunca ter ouvido falar da EPS ou mesmo, da existência de uma política nacional a esse respeito no âmbito do SUS, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)²³ (BRASIL, 2013).

Conforme salientam Stotz, David e Bornstein (2009), a EPS permite ao ACS a ampliação da compreensão sobre o modo de vida da comunidade, como maneira de estreitar laços de solidariedade para a consolidação de um sistema público de saúde mais democrático. Ela se baseia na educação popular, a qual

[...] parte do princípio de que todo ser humano é detentor de saberes e de que os saberes derivam das experiências de vida. Isso significa que os saberes são tão diversos quanto as trajetórias de vida, que envolvem as experiências familiares, comunitárias, escolares e aquelas relativas ao mundo do trabalho. Somos, todos nós, educadores e educandos, sujeitos ricos de história (BORNSTEIN *et al.*, 2016, p. 15).

²³ Para saber mais sobre a PNEPS-SUS vide Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>.

Achamos oportuno ressaltar essa curiosidade, tendo em vista que, embora a PNAB de 2017 não tenha abordado estes referenciais presentes na PNEPS-SUS instituída em 2013, a lei municipal atualizada em 2019, ao sintetizar as atribuições a serem desempenhadas pelas ACS do município, preconiza que elas sejam desenvolvidas a partir desses referenciais.

Consideramos que a adoção dessa perspectiva da EPS nos processos de formação e trabalho do ACS seja imprescindível no contexto do município analisado. A incorporação de práticas pedagógicas dialógicas, que considerem a determinação social do processo de saúde e doença, permitem a recuperação não só, do papel mediador comunitário proposto para estes profissionais, mas também, o seu potencial de transformação do modelo assistencial (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009).

Conforme salientam Bornstein, Matta e David (2008) é a percepção deste vínculo entre o papel do ACS com a reorientação do modelo assistencial que tem se perdido tanto nos últimos anos, que possibilitaria o rompimento com a lógica da atenção baseada no processo patológico e na demanda espontânea. De acordo com os autores, essa percepção do vínculo

[...] avança para a produção de um processo de trabalho que recoloca o ACS como alguém que não apenas “faz o que se manda”, mas que também cria estratégias e modos de agir com base numa sabedoria prudente e solidária. Neste sentido, pode-se afirmar que se estabelecem formas de trabalho vivo, que depende mais do jeito e do conhecimento do trabalhador para sua produção, mas que, por não corresponderem a lógica predeterminada dos serviços, possuem pouca ou nenhuma visibilidade e importância (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2008, pp. 209-210).

Acreditamos que a falta de uma formação qualificada constitua como fator dificultador significativo para que seja possível uma organização dessas profissionais, a fim de trabalhar todas essas questões mencionadas. Conforme destacam Morosini e Fonseca (2018, p. 268) “amplia-se a desqualificação do trabalho dos ACS que se aprofunda na mesma proporção em que se retoma o predomínio da racionalidade biomédica”.

Dessa forma, consideramos que, embora a gestão municipal mantenha a ESF enquanto estratégia prioritária para a organização dos serviços de saúde no município, inclusive reforçando o discurso do papel estratégico do ACS na reorganização do sistema de saúde nesse contexto, é possível que essa racionalidade biomédica de atenção à saúde esteja ainda mais presente no contexto atual, e influenciando diretamente também na relação entre essas profissionais e a equipe.

Além disso, as questões relacionadas às mudanças na gestão do trabalho, à ampliação da lógica gerencialista na APS, e às formas instituídas para avaliação do trabalho desenvolvido na ESF podem, também, produzir efeitos na integração desses profissionais.

Percebemos que, embora a maioria das ACS tenha descrito possuir uma boa relação com a equipe, foram poucas as que mencionaram notar o reconhecimento da importância do seu trabalho por parte da mesma, ou mesmo pela gestão municipal. Conforme já apontado na categoria anterior, a maioria descreveu um acentuado processo de desvalorização do trabalho desenvolvido por elas no cotidiano. Sobretudo, no que diz respeito às ações desenvolvidas no território. As ACS chegaram a relatar que

Eles acham que o agente de saúde é só pra fazer serviços dentro da unidade, eles não reconhecem a nossa obrigação dentro do PSF. Eles acham que a gente tá ali, que a gente tá na rua, que a gente tá à toa. Ele não acha que a gente tá trabalhando. Que a gente tá ouvindo o paciente. Eles acham que a gente tá fazendo fofoca, que a gente tá bebendo cafezinho na casa dos outros, é isso. Aí eles acham que como a gente tava na rua, e eles tão ali dentro da unidade, eles acham que a gente tem a obrigação de fazer alguma coisa dentro da unidade, porque a gente para eles “estamos à toa na rua”. E não é desse jeito, entendeu? (ACS 4).

Não é por acaso, portanto, que apesar da maioria das ACS se reconhecerem enquanto profissionais de saúde, elementos chave na construção coletiva das formas de cuidado, elas percebem um descrédito por parte da equipe, como se as ações a serem desempenhadas no território, junto à comunidade, pudessem sempre serem deixadas para depois, ou mesmo de lado. Conforme mencionado por uma ACS

[...] a gente não consegue estar indo na casa, fazer esse vínculo, o trabalho certo do ACS. A gente tá só perdendo neh! Essa função já não tem tanta importância visto pelo enfermeiro, nem pelo médico. Com o tempo isso está se perdendo muito e acho que isso vai acabar por conta disso mesmo, e eu acho muito triste (ACS 10).

Conforme salientado por algumas ACS, esta relação com a equipe mudou bastante ao longo do tempo. Sobretudo, nos últimos anos, após a mudança de governo na gestão municipal ocorrida em 2017. Elas afirmam que, embora a época em que ingressaram tenha sido um momento conturbado, marcado por incertezas em relação ao seu papel não muito bem definido, a relação parecia ser mais amistosa. Elas se sentiam acolhidas enquanto membros da comunidade e, ao mesmo tempo, motivadas enquanto profissionais de saúde. No entanto, agora tem sido bem diferente. Conforme relatado por uma ACS

[...] agora ela (a gerente) cobra a gente dentro do posto. E número de visitas. Ela quer a gente dentro do posto, mas quer números de visitas. É uma coisa assim, meio louca, entendeu? Você tem que ser mil e uma utilidades. Você tem que ver o paciente na recepção, você tem que fazer visita pra irmã dele que tá lá doente, você tem que saber como é que ele tá (ACS 4).

Tendemos a achar que muitas dessas mudanças, sejam reflexos do avanço dessa racionalidade produtivista no trabalho da APS como um todo, e mais ainda, da forma como as ACS são colocadas na nova PNAB. O documento reforça ainda mais a concepção de um trabalhador polivalente e o caráter inespecífico das suas ações, que passam a ser vistas como viabilizadoras do acesso ao território para o alcance das metas estabelecidas (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Diante do cenário delineado pelas trabalhadoras entrevistadas, achamos oportuno questionarmos acerca das formas instituídas para o diálogo entre as ACS com os demais membros da equipe e, até mesmo, das ACS com a gestão.

Conforme descrito pelas participantes, o principal espaço formalmente instituído para o diálogo dentro da equipe, são as reuniões de equipe. Essas reuniões são realizadas nas próprias unidades, semanalmente, com a participação de todos os membros da equipe e, quinzenalmente, com a participação de algum membro do NASF. É nela que são discutidos alguns casos específicos de pacientes, demandas identificadas no território, normas e rotinas de funcionamento da unidade, problemas de relacionamento identificados na equipe e, até mesmo, são comunicadas as mudanças instituídas no processo de trabalho das equipes.

No entanto, foram frequentes os questionamentos por parte das ACS acerca da resolutividade dessas reuniões. Elas destacaram que a periodicidade dessas reuniões variou bastante ao longo dos anos. Chegando a deixar de serem realizadas durante alguns períodos, e sendo retomada pela atual gestão a partir de 2017.

Isso mostra também, a importância e a autonomia da gestão municipal na condução das políticas de saúde a nível local. Conforme já discutido no capítulo 1 deste estudo, com a nova PNAB isso ficou ainda mais em evidência. Sob a justificativa de uma suposta possibilidade de ampliação do atendimento das necessidades locais, o novo documento do MS transfere a responsabilidade das decisões para as gestões municipais, retirando o caráter indutor e propositivo da política. Embora não consideremos essa autonomia, por si só, como um problema, é importante salientarmos o exposto por Morosini, Fonseca e Lima (2018) que nos alertam para o modo ambivalente com que o texto da nova PNAB foi construído, que expressa “a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 14).

Nesse contexto, a gestão municipal assume um protagonismo estratégico na integração ou não das propostas a nível local. Embora essa ausência de direcionalidade da política abra um precedente para o desmonte da APS, acreditamos que no contexto do município analisado, ela tenha permitido a manutenção da estrutura de APS já existente, o avanço na busca pela

ampliação do número de unidades e de equipes de SF e até mesmo, a retomada de estratégias importantes como essas reuniões de equipe nas unidades de SF.

Faz-se oportuno salientarmos ainda que, toda essa transferência de responsabilidade, travestida de autonomia, pode mascarar na verdade, o descompromisso do governo federal com a adoção de formas efetivas de financiamento da saúde, que viabilizem de fato, o acesso universal. Assim, ficaria a cargo das gestões municipais a busca por parcerias, até mesmo público-privadas, que viabilizassem as condições necessárias para a prestação dos serviços ofertados. Tudo isso reforça mais uma vez o mercado, em detrimento do papel do Estado no investimento em políticas sociais.

Em relação aos assuntos discutidos nessas reuniões, enquanto algumas ACS afirmam não ter havido muitas mudanças ao longo tempo, outras salientam que houve sim, uma mudança significativa no propósito da reunião.

Tem assunto que a gente trata desde quando eu entrei e tá aí até hoje. Às vezes até do mesmo paciente (ACS 9).

Ah, mudou. Agora tudo é produção. Essa é a pauta principal. “Você fez a produção?”, “Você fechou o relatório?”, “Já mandou?”, é geralmente sempre cobrado mais é isso mesmo (ACS 11).

Ressalta-se ainda que, embora instituída formalmente em todas as unidades, as ACS destacaram que nem sempre ela é realizada da forma como foi pensada inicialmente. Em algumas unidades, inclusive, elas têm deixado de ser realizadas ou mesmo, são realizadas apenas com alguns membros da equipe, apenas “pra cumprir tabela” (ACS 1), com as palavras da própria ACS. Diferentemente das reuniões realizadas na época em que ingressaram, em que havia uma coesão maior entre os membros das equipes, uma preocupação em dar encaminhamento às demandas identificadas e, de certa forma, uma finalidade mais bem estabelecida para a reunião.

Ao descrever o processo de incorporação das mudanças instituídas no seu cotidiano de trabalho ou mesmo, de inclusão de novas atribuições por parte da gestão, as ACS descreveram que a mesma ocorre sempre de forma unilateral, sem possibilidade de discussão. As ACS reafirmaram mais de uma vez, a ausência de espaços coletivos para discussão de questões referentes ao processo de trabalho, junto à gestão municipal. Principalmente, quando diz respeito a assuntos de interesse coletivo, de todas as ACS do município. E que isso também mudou bastante nos últimos anos.

Geralmente é passado para a enfermeira, a enfermeira vem e passa pra gente. Mas a gente não tem nem como discutir, não tem como debater. Não tem aquele debate. Vem a ordem e a gente tem que cumprir (ACS 5).

Na verdade, é assim: a enfermeira ela tem uma reunião. Lá na secretaria de saúde. E ela vem com várias coisas pra passar pra gente. Aí, ela vem com várias cobranças, e sem pensar na equipe. Ela assim, despeja tudo que ela ouviu lá, que tem que ser feito, e transmite, cobrando. Sem ver a realidade que está o módulo. Nessa parte de deveres que eles trazem da secretaria, a gente não tem voz (ACS 10).

De acordo com os relatos obtidos juntos as ACS entrevistadas, em governos anteriores, elas tinham mais acesso aos gestores municipais da APS, se sentiam mais acolhidas e ouvidas. Era mais frequente também, a realização de reuniões para discussão de demandas relacionadas às unidades, às rotinas estabelecidas e, até mesmo, em relação às insatisfações relacionadas ao processo de trabalho. Conforme relatado por elas, isso mudou a partir de 2017.

[...] a reunião que a gente tinha com a secretaria (de saúde) não tem mais. Acabou. Tem muito tempo. Nessa gestão só teve a de se apresentar e a gente não tem mais. Outro dia mesmo, a gente tava falando, que a gente precisa de cuidados também. [...] Não tem mais. A gente não tem contato com ninguém da secretaria. Até porque, a gente tem até um grupo de ACS, que ninguém põe nada (ACS 8).

Os agentes de saúde eles tinham mais liberdade junto à gestão. E hoje, a gente perdeu essa liberdade. Nós entrávamos e saímos da secretaria de saúde como a gente entra dentro da nossa casa. Nós tínhamos um contato com o DACA, de chegar na coordenação do DACA e falar assim, poxa eu preciso dessa ultrasonografia para este paciente. [...] porque a gente conhece a realidade do paciente. [...] Assim como a gente tinha essa mesma intimidade pra pedir as coisas pro bairro (ACS 7).

A partir dos relatos obtidos junto as ACS, foi possível notar um processo acelerado de fragmentação da categoria a partir de 2017. Embora não tenhamos elementos suficientes para analisar essa questão, é válido salientar que isso pode ser reflexo do contexto nacional de desmonte das políticas públicas, de retirada de direitos da classe trabalhadora e do ataque engendrado às formas de participação e controle social das políticas públicas no país. Sobretudo, a partir da revisão dos documentos que norteiam a atuação dos ACS na APS.

Consideramos que, todas essas questões já mencionadas até o momento, possuem implicações significativas no processo de trabalho dessas profissionais, sejam as mudanças instituídas no papel e no sentido do trabalho das ACS abordadas na seção anterior, sejam as mudanças ocorridas na sua integração com a equipe e com a comunidade, o processo de desvalorização contínua das ações desenvolvidas no território, ou até mesmo, a ausência de um diálogo efetivo junto à gestão.

Somam-se ainda neste contexto, a precarização dos vínculos de algumas ACS e a formação precarizada dessas agentes, conforme já abordado na segunda seção deste capítulo, quando compusemos o perfil das ACS do município. É válido destacar também, a pouca ou, quase nenhuma, organização política e sindical dessas trabalhadoras, percebida ao longo da realização das entrevistas.

Conforme discutido no capítulo 1 do referencial teórico, ao longo dos anos, as PNAB foram promovendo uma retirada progressiva do substrato político dos ACS, promovendo uma possível desmobilização da categoria para enfrentamento de situações de interesse coletivo identificados no território. Também foram excluídas dos textos das políticas, as atividades que enfocavam a participação popular e a mobilização comunitária (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Acreditamos que a maneira como a PNAB de 2017 redireciona ainda mais o sentido do trabalho das ACS, possa contribuir também, para a fragmentação da categoria e o enfraquecimento do seu papel mobilizador junto à comunidade. Ao acentuar o deslocamento do seu eixo de trabalho do território para dentro das unidades, preconizando atribuições cada vez mais burocráticas e voltadas para o controle de doenças, a interação junto à comunidade vai sendo deixada de lado, prejudicando a construção do vínculo com às famílias, o acompanhamento das condições de vida e saúde da população, e a mobilização social para a transformação da realidade encontrada. Tendemos a achar que isso possa se refletir, até mesmo, na ausência de uma organização coletiva dessas trabalhadoras, para luta por melhores condições de trabalho no município.

Consideramos que todas essas questões somadas, constituem-se como entraves significativos não só para o resgate do papel essencialmente proposto para essas profissionais, mas também, para avanço na reorientação do modelo assistencial pretendido com a APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de tecer nossas considerações finais a respeito do estudo desenvolvido, faz-se oportuno resgatarmos que ele surge das minhas inquietações enquanto cidadão e profissional de saúde, que acredita no SUS como um sistema de saúde universal possível e necessário. Sobretudo, no contexto brasileiro atual, em que vivenciamos um acelerado processo de desmonte das políticas públicas e um aprofundamento das desigualdades sociais no país.

A partir dessa perspectiva, buscamos aprofundar nossas reflexões acerca das temáticas abordadas, reconhecendo a importância estratégica das ACS, na viabilização dos objetivos pretendidos com as políticas de saúde adotadas no país, a partir da criação do SUS.

Sendo assim, construímos o presente estudo partindo do princípio que a incorporação dessas profissionais na APS pode contribuir efetivamente, para o reconhecimento da saúde como a expressão das suas múltiplas determinações. Conforme salientam Borges, Abrunhosa e Machado (2009, p. 172), acredita-se que este profissional seja

[...] capaz de contribuir para o rompimento com um modelo tradicional de atenção à saúde de características fragmentárias e reducionistas, baseado na doença e na coisificação do usuário e capaz de contribuir para a construção de sistemas de saúde mais permeáveis às demandas territoriais e ao caráter democrático para o qual as relações de cuidado em saúde podem contribuir (BORGES; ABRUNHOSA; MACHADO, 2009, p. 172).

A partir dessa compreensão, elegemos como objetivo geral deste estudo “analisar os efeitos que as recentes mudanças, advindas da reformulação da PNAB e da legislação que norteiam a atuação dos ACS, provocam no processo de trabalho destes profissionais e no desenvolvimento de uma APS abrangente”.

Conforme salienta Fonseca (2019) ao promover uma relativização da cobertura universal, a PNAB de 2017 propõe uma APS extremamente alinhada à normatividade neoliberal, que se distancia do conceito ampliado de saúde e ignora mais uma vez o seu complexo processo de determinação social. Com discursos ancorados na otimização e na baixa resolutividade do trabalho das ACS, o documento editado pelo MS promove não só, uma relativização da importância dessas profissionais na APS, mas a materialização na política de saúde, da desconstrução do papel essencialmente proposto para elas.

Na busca pela atenção ao objetivo geral estabelecido, nos propomos a identificar as principais mudanças promovidas nas atribuições dessas profissionais ao longo do tempo,

caracterizando como essas mudanças foram sendo incorporadas no cotidiano de trabalho das ACS a nível local para então, analisar os possíveis efeitos advindos dessa incorporação.

O cenário eleito para o desenvolvimento do estudo de campo foi o município de Pinheiral, situado no interior do estado do Rio de Janeiro. Relativamente novo em virtude do seu processo de emancipação político-administrativa recente, ele passou a adotar a ESF como estratégia prioritária para a organização dos serviços de saúde nos anos 2000. Acompanhando um movimento de expansão da APS a nível nacional, o município ampliou progressivamente a sua cobertura de ESF ao longo dos anos, atingindo e mantendo a cobertura de 100% de ESF até os dias atuais.

No entanto, ao nos aproximarmos um pouco da evolução da APS no município, pudemos perceber diversas mudanças ocorridas ao longo dos anos, tanto na estrutura, quanto nas formas de organização do trabalho desenvolvido pelas equipes de SF.

Identificamos alguns avanços significativos no contexto analisado. Dentre eles, podemos citar a melhoria na infraestrutura básica das unidades, que deixaram de funcionar em casas alugadas, passando a funcionar em espaços próprios, construídos para essa finalidade. Houve também, a ampliação da presença de equipes de saúde bucal nas unidades de SF, o movimento de desprecarização dos vínculos das ACS, ocorrido em 2011 com a edição da lei municipal que cria esse emprego público no município e ainda, a própria manutenção da cobertura de 100% de ESF até os dias atuais. Mesmo em meio a um contexto recente de desmonte progressivo das políticas públicas em âmbito nacional.

Estas e outras questões identificadas nos fazem refletir acerca da complexidade desse processo de mudanças, que pode sofrer influência de diversas variáveis. Dentre elas, destacamos a importância da correlação de forças existente entre a população, os trabalhadores da saúde e a própria gestão, que podem tensionar as decisões tomadas no município. Embora não tenhamos elementos para uma análise aprofundada acerca da manutenção da estrutura de ESF no município mesmo após 2017, acreditamos que ela pode apontar também, para um compromisso da gestão municipal com este modelo de atenção à saúde e, de certa forma, para um certo grau de autonomia dos gestores municipais, para organização das suas políticas de saúde em âmbito municipal. Sendo assim, os efeitos das mudanças instituídas nos documentos e legislações produzidas em âmbito federal podem ganhar diferentes contornos em cada localidade.

No que diz respeito às mudanças promovidas no trabalho das ACS nos documentos do MS, percebemos o início de um redirecionamento das suas diretrizes de trabalho a partir da edição da primeira PNAB em 2006, que passou a permitir que eles realizassem atividades

dentro das unidades de saúde. Com a revisão da política de saúde ocorrida em 2011, esse processo foi se intensificando, sendo incluídas atribuições cada vez mais burocráticas, realizadas dentro das unidades de saúde. Isso sem falar na inclusão do PMAQ como forma de avaliação do trabalho na APS, que acentuou ainda mais a adoção de uma lógica gerencialista na ESF, com propósitos muito mais voltados para o atendimento das metas estabelecidas, do que o desenvolvimento de uma APS qualificada e abrangente.

No contexto do município analisado, a partir dos relatos obtidos junto às ACS entrevistadas, conseguimos perceber um movimento de descaracterização progressiva do trabalho desenvolvido por essas profissionais, ao longo dos anos.

Percebemos que no cenário inicial, havia uma preocupação maior com a qualificação do trabalho desenvolvido por elas. As atribuições desenvolvidas eram mais voltadas para a construção do vínculo junto às famílias, o reconhecimento da dinâmica comunitária do território e a identificação das reais necessidades das famílias, indo ao encontro do que era preconizado nos documentos norteadores da APS na época. Entretanto, isso foi sendo gradativamente desconstruído ao longo do tempo, tanto nas políticas de saúde, quanto na prática cotidiana dessas profissionais.

Além disso, seguindo as diretrizes emanadas das políticas do MS, houve uma gradativa ampliação do escopo de práticas dessas ACS e ainda, uma ressignificação do papel dessas trabalhadoras no contexto analisado. Com cada vez mais atribuições de cunho burocrático e atividades desenvolvidas dentro das unidades de saúde, percebemos uma tendência de desvalorização das ações desenvolvidas no território, junto à comunidade.

Embora não tenhamos conseguido precisar o momento exato em que essas questões começam a surgir, percebemos que foi a partir de 2011 que esse redirecionamento começa a ganhar força no município. Sobretudo, com a nova PNAB editada na época, que instituiu novas formas de avaliação do trabalho desenvolvido na ESF.

No entanto, na contramão dessas mudanças identificadas, pudemos perceber ainda em 2011, um importante movimento de qualificação do trabalho dessas ACS, com o início da formação técnica empreendida no município. Embora não tenhamos elementos para analisar essa contraditória especificidade local, acreditamos que ela possa ter ocorrido em virtude da correlação de forças favorável no interior da política de saúde municipal na época. Conforme discutido no terceiro capítulo do presente estudo, este momento foi marcado pela desprecarização dos vínculos das ACS e a admissão de novas trabalhadoras, entusiasmadas e extremamente motivadas para o desempenho da nova profissão.

Apesar disso, conforme descrito pelas próprias ACS, esse movimento não teve continuidade, permanecendo apenas os momentos pontuais de educação permanente, realizados com finalidades específicas, geralmente direcionadas para a instrumentalização do atendimento às metas estabelecidas.

Embora muitas dessas mudanças apontadas já estivessem presentes no cotidiano de trabalho das ACS, as trabalhadoras apontaram para um processo de intensificação das mesmas, após a mudança de governo na gestão municipal ocorrida em 2017. Faz-se oportuno chamarmos atenção para o ano em questão, marcado pelo avanço de medidas extremamente regressivas e neoliberalizantes editadas pelo governo federal, coincidindo também com o momento de revisão da PNAB pelo MS. Acreditamos que essa intensificação possa ter relação direta com as novas diretrizes de trabalho propostas neste documento. Essa não correlação por parte das ACS pode ter ocorrido em virtude do desconhecimento das mesmas acerca da PNAB, conforme mencionado na discussão apresentada no presente estudo.

É válido salientar ainda que, todas essas mudanças instituídas no papel e no trabalho das ACS, acabam por redirecionar o sentido do trabalho dessas profissionais, desconsiderando a importância da sua dupla inserção no território, da sua capacidade de liderança comunitária, de reconhecimento e valorização dos saberes e práticas ali instituídos. Tudo isso prejudica significativamente, tanto a construção e a manutenção dos vínculos junto à comunidade, quanto o reconhecimento do processo de determinação social da saúde.

O tempo destinado ao desempenho de atribuições antes consideradas essenciais no trabalho dessas profissionais, como a visita domiciliar por exemplo, passa a ser ocupado com ações inespecíficas, que visam o alcance das metas estabelecidas, a entrega de encaminhamentos e o auxílio aos demais profissionais em atividades dentro da unidade de saúde.

Embora algumas atribuições preconizadas pela nova PNAB, como as de cunho clínico por exemplo, não tenham sido incorporadas no cotidiano de trabalho das ACS do município, consideramos que as mudanças identificadas no contexto analisado, nos remetem à uma concepção de APS extremamente focalizada e seletiva, que entende a saúde muito mais como um fenômeno biológico e natural, do que a expressão das suas múltiplas determinações.

Além disso, acreditamos que esse deslocamento do eixo de trabalho do território para dentro das unidades, associado à burocratização do trabalho e, principalmente, à desvalorização do papel essencialmente proposto para essas profissionais tenham suscitado algumas falas das ACS que apontam para a frustração e o descontentamento com o trabalho desenvolvido na atualidade. Uma das ACS chega a se definir como “agente um pouco” (ACS

7), se referindo a perda da qualidade e à necessidade de polivalência do seu trabalho no contexto atual, em que não conseguem dar conta das tantas atribuições e desvios de função que foram sendo incorporados no seu cotidiano. Isso sem falar, na intensificação do estranhamento do trabalho desenvolvido por elas, que em alguns momentos, sequer conseguem se reconhecer enquanto profissionais de saúde.

No entanto, apesar de percebermos um aceleração no processo de mudanças/descharacterização do trabalho das ACS após a recente revisão da PNAB, tendemos a achar que essas mudanças foram ocorrendo progressivamente, justamente como reflexo do avanço de projetos de governo cada vez mais ancorados em ideais neoliberais a nível federal. Toda essa conjuntura acirrou ainda mais a tendência de valorização cada vez mais produtivista do trabalho desempenhado por elas, e da saúde como um todo no país.

Diante do cenário descrito no estudo, surgiram diversos questionamentos ainda a serem elucidados como: Qual seria o propósito da gestão municipal em manter as ACS na ESF, se estão cada vez mais distantes do território? Seria essa uma estratégia de resposta às diversas demandas advindas do avanço da lógica gerencialista na APS? Seria essa uma particularidade local, ou uma nova tendência de organização do trabalho das ACS em outras localidades também?

Embora a nossa pretensão não tenha sido a de esgotar a temática abordada, nem muito menos a generalização dos resultados encontrados, esperamos que o presente estudo estimule a ampliação das discussões acerca dos efeitos que as mudanças instituídas no processo de trabalho das ACS podem provocar no desenvolvimento de uma APS de fato, abrangente.

Por fim, é válido pontuarmos mais uma vez, a singularidade das gestões municipais na implementação dessas proposições a nível local, e a correlação de forças existentes nesse processo. Consideramos que essas, e outras variáveis ainda mais complexas, possam interferir na forma como a gestão municipal integra as proposições contidas na política federal a nível local. Além disso, acreditamos que a mobilização dos trabalhadores junto à população seja extremamente importante nesse processo. Não é por acaso, portanto, que as PNAB tenham buscado promover a retirada do substrato político do trabalho desenvolvido por essa categoria.

Dessa forma, consideramos que faz-se extremamente necessário e urgente a instituição de mecanismos efetivos de resistência e luta pelo resgate do papel essencialmente proposto para estas profissionais. Não só em termos do desempenho de atribuições que possibilitem a reorientação efetiva do modelo assistencial vigente, mas também, pela retomada do papel mediador estratégico entre a comunidade e os serviços de saúde, dando voz

às demandas da população que a cada dia é mais silenciada e, principalmente, resgatando o potencial enquanto uma classe que pode possibilitar, de fato, a verdadeira materialização da participação popular e a efetivação do controle social, tão ameaçados no contexto atual.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, pp. 41-48, 2018.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 2, pp. 84-95, 2011.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2013. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA e Fundação João Pinheiro. **Pinheiral**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/pinheiral_rj>. Acesso em: 09 de mar. 2020.

ÁVILA, M. M. M. Origem e evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, pp. 159-168, abr./jun., 2011.

BAHIA, L. Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

BAPTISTA, T. W. F. As políticas de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal e integral à saúde. In: KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M. C. R. (Org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

BARBOSA, A. G. *et al.* **Pinheiral**: a história que o povo conta. ARAÚJO, A. N. *et al.* (Orgs.), Pinheiral: 2012.

BARROS, D. F. *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 1, pp. 78-84, Jan-Mar 2010.

BATISTA, S. H. S. S. *et al.* Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface** – Comunicação, saúde educação. v. 19, pp. 743-752, 2015.

BORGES, C. F.; ABRUNHOSA, M. A.; MACHADO, F. R. S. Cuidado, acessibilidade e integralidade: elementos fundamentais para pensar a saúde e o trabalho do ACS. In: MONKEN, M.; DANTAS, A. V. (orgs.). **Estudos de politécnica e saúde**: volume 4. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. A política de atenção básica do ministério da saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, pp. 27-53, mar./jun.2010.

BORNSTEIN, V. J. *et al.* Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. **Interface**, v. 18, supl. 2, pp. 1127:1340, 2014.

BORNSTEIN, V. J. *et al.* **Guia do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde** / Organização de Vera Joana Bornstein... [et al.]. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

BORNSTEIN, V. J. *et al.* História e contexto de atuação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. In: **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio** / Organização de Vera Joana Bornstein... [et al.]. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

BORNSTEIN, V. J.; MATTA, G. C.; DAVID, H. O processo de trabalho do agente comunitário de saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção à saúde. In: MONKEN, M.; DANTAS, A. V. (orgs.). **Estudos de politécnica e saúde: volume 4**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trabalho, educação e saúde**, v. 6, n. 3, pp. 457-480, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 08 Set. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisa em ciências humanas e sociais. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em 20 Dez. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, de 05 de outubro de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 05 de ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica - SIAB: indicadores 2000**. 3 ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2006** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool** – Brasil – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre União, estados e municípios em relação à política de saúde. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> Acesso em: 15 de set. de 2019.

BRASIL. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 15 de set. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2005**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 30 de out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.886**, 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. Brasília, 1997. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/21_Portaria_1886_de_18_12_1997.pdf>. Acesso em: 02 de ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654**, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 15 de set. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645**, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 15 de set. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.203**, de 05 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 30 de out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 14 de Mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.761**, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em: 05 de abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso Introdutório para Agente comunitário de Saúde (ACS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: EDUFRRN; Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Lei n. 10.507**, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm>. Acesso em: 15 de ago. 2018.

BRASIL. **Lei n. 11.350**, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5 do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006a. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm >. Acesso em: 15 de ago. 2018.

BRASIL. **Lei 13.595**, de 05 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13595-5-janeiro-2018-786068-publicacaooriginal-154714-pl.html>>. Acesso em: 05 de set 2018.

BRASIL. **Lei 13.708**, de 14 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=27457276&id=27457296&idBinario=27457674&mime=application/rtf>>. Acesso em 08 set. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 396**, de 04 de abril de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0396_04_04_2003.html>. Acesso em: 20 de jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 03 de ago 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648**, de 28 de março de 2006. 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 (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006c. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html>. Acesso em: 01 de ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 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, DF: 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 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 05 de ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portarias n° 958**, de 10 de maio de 2016. Altera o Anexo I da Portaria n° 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0958_10_05_2016.html>. Acesso em: 01 de ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portarias n° 959**, de 10 de maio de 2016. Define o valor do incentivo de custeio referente ao acréscimo de profissionais na equipe multiprofissional - Saúde da Família. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0959_10_05_2016.html>. Acesso em: 01 de ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Milton Menezes da Costa Neto (Org.). Brasília: 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica n° 3/2020**. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>>. Acesso em 15 de Mar 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional n° 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm>. Acesso em 05 de out. 2019.

BREVES CAFÉ. **História do café no Brasil Imperial**. Disponível em: <<http://brevescafe.net/josejoa.htm>>. Acesso em: 10 de mar. de 2020.

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C.V; BAPTISTA, T.W.F; LIMA, L.D (orgs). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, pp.173-196.

CASTRO, J. D. *et al.* Custo-efetividade: comparação entre o modelo “tradicional” e o Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam e Com**. Rio de Janeiro, v.3, n. 10, jul/set 2007.

CEPERJ. **Cartografia Fluminense**. Disponível em: <<http://www.ceperj.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=79>>. Acesso em: 10 de mar. de 2020.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Pinheiral**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 09 de mar. 2020.

CORBO, A. D’A; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G.C. **Modelos de atenção e a saúde da família**/Organizado por Márcia Valéria G. C. Morosini e Anamaria D’Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

COSTA, A. M. Saúde é desenvolvimento. In: SADER, E. (org.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. – São Paulo, SP: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil 2013.

COSTA, L. T. C.; MÉLLO, L.; NOGUEIRA, P. T. A. Desenvolvimento do capitalismo no Brasil e as tendências da política de saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 27, n. 4, pp. 1094-1104, 2018.

COSTA, S. M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, pp. 2147-2156, 2013.

CUETO, M. O legado de Alma-Ata, 40 anos depois (Editorial). **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 845-848, set.-dez. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000300845&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 de jan. 2019.

CUETO, M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 11, pp. 1.864-1.887, 2004.

DANTAS, A. V. A. questão democrática e a Reforma Sanitária Brasileira: um debate tático e estratégico. In: FLEURY, S. (org.). **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos/ organizado por Sonia Fleury** – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

DURÃO, A. V. *et al.* Analisando o processo de qualificação do agente comunitário de saúde (ACS). In: MONKEN, M. **Estudos de politécnica e saúde**: volume 4 / Organização de Maurício Monken e André Vianna Dantas. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

DURÃO, A. V. R. *et al.* Qualificação e Gênero no Trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C. **Trabalhadores técnicos em saúde**: aspectos da qualificação profissional no SUS. / Organização de Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Márcia Cavalcanti Raposo Lopes; Daiana Crús Chagas; Filippina Chinelli e Monica Vieira. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 51-65, 1999. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>>. Acesso em: 28 out 2018.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 21, n. 2, 2007.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G.C. **Modelos de atenção e a saúde da família**/Organizado por Márcia Valéria G. C. Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FLEURY, S. Revisitar a teoria e a utopia da Reforma Sanitária. In: FLEURY, S. (org.). **Teoria da Reforma Sanitária**: diálogos críticos/ organizado por Sonia Fleury – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

FONSECA, A. F. Astana reacende disputas sobre o significado da Atenção Primária à Saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, e0019823, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462019000100200&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 de abr. 2019.

FONSECA, A. F. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde. 233 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 38, n. especial, pp. 343-357, Out 2014.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. G. C.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, pp. 525-552, set./dez. 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, Sup. 1:S7-S27, 2008.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, pp.783-794, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GUIMARÃES, M. S. A. *et al.* Estratégia saúde da família e uso racional de medicamentos: o trabalho dos agentes comunitários em palmas (TO). **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 183-203, jan./abr. 2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pinheiral**. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/riodejaneiro/pinheiral.pdf>>. Acesso em 12 de mar. 2020.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n.4, pp. 867-874, 2011.

LOBATO, L. O padrão atual do Estado de bem-estar social no Brasil: algumas considerações. In: LACERDA, A. (org.). **Democratização e novas formas de sociabilidades em saúde no contexto latino-americano**/ Organização de Alda Lacerda, Felipe Machado e Francine Guizardi. – Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária – UFPE, 2013.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à saúde. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro, Museu da República, 2007.

MARTINS, A. L. X. **O agente comunitário de saúde e a promoção da saúde: uma revisão de literatura sobre a centralidade do seu trabalho na Atenção Básica da Saúde**. 2014. 120f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: <<file:///E:/Projeto%20de%20pesquisa%20-%20Refer%C3%Aancias%20utilizadas/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Amanda%20Martins.pdf>>. Acesso em: 25 out. de 2018.

MARTINS, P. H. Políticas públicas em saúde e os desafios da democratização do bem-estar: repensando a utopia do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: LACERDA, A. (org.). **Democratização e novas formas de sociabilidades em saúde no contexto latino-americano**/ Organização de Alda Lacerda, Felipe Machado e Francine Guizardi. – Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária – UFPE, 2013.

MATTA, G. C. A. Organização Mundial da Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n. 2, pp. 371-396, 2005.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MELO, E. A. M. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, v. 42, Número Especial 1, pp. 38-51, setembro 2018.

MENDES, A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, supl. 1, pp. 66-81, 2015.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 27, n. 4, pp. 1105-1119, 2018.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M. et al. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de Economia da Saúde; OPAS/OMS Brasil, 2016. p. 139-168. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5213:opas-oms-disponibiliza-publicacao-sobre-organizacao-e-financiamento-do-sistema-de-saude-brasileiro-2&Itemid=843>. Acesso em: 05 de ago. 2018.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, pp. 118-122, jan./abr. 2002.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Maria Cecília de Souza Minayo (org.). 34. ed. – Petrópolis – RJ: Vozes, 2015.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'A.; GUIMARÃES, C. O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA, A. F. **O processo histórico do trabalho em saúde** / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, pp. 1-4, 2017.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, pp. 261-274, setembro 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, Jan-Mar 2018.

NOGUEIRA, M. L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 28, n. 3, pp. 309-323, 2019.

NOGUEIRA, M. L. **O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva.** 2017. 542f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação, 2017. Disponível em: <<http://ppfh.com.br/wp-content/uploads/2018/05/tese-normalizada-VERS%C3%83O-FINALIZADA-MARIANA-NOGUEIRA.pdf>>. Acesso em: 05 de ago. 2018.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, pp. 847-849, mai. 2013.

OCKÉ-REIS, C. O. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, pp. 365-371, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca.** Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1>. Acesso em: 01 de out. de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). 2005. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas:** documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS/OMS. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31085/9275726981-por.PDF?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 01 de out. de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). 2011. **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: expressão ou reprodução da revolução passiva? In: FLEURY, S. (org.). **Teoria da Reforma Sanitária:** diálogos críticos/ organizado por Sonia Fleury – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

PEREIRA, E. M; LINHARES, F. O Estado e as políticas sociais no capitalismo. In: MOROSINI, M. V. G. C. (Org.). **Sociedade, estado e direito à saúde.** / Organizado por Márcia Valéria G. C. Morosini e José Roberto Franco Reis. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

PINHEIRAL. **Lei nº 599,** de 03 de junho de 2011. Com fulcro no que preceitua o § 4º do artigo 198 da Constituição Federal, conjugado com os termos da Emenda Constitucional nº. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e da Lei nº. 11.350, de 5 de outubro de 2006, fica criado o emprego público de Agente Comunitário de Saúde, e determina outras providências. Disponível em: <<http://www.pinheiral.rj.gov.br/publicacoes-oficiais/legislacao>>. Acesso em: 30 de jan. 2020.

PINHEIRAL. **Lei nº 1.083,** de 17 de abril de 2019. Dispõe sobre o Emprego Público de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, e determina outras

providências. Disponível em: <<http://www.pinheiral.rj.gov.br/publicacoes-oficiais/legislacao>>. Acesso em: 30 de jan. 2020.

PMP. **Prefeitura Municipal de Pinheiral**. Disponível em: <<http://www.pinheiral.rj.gov.br/acidade/sobre>> Acesso em: 08 Set. 2018

PINTO, A. A. **Para além das práticas de cuidado em saúde: o desafio dos modos de cuidar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)**. 2016. 102 f. Dissertação (Mestrado Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15879>>. Acesso em: 10 de ago. 2018.

PINTO, A. G. A. *et al.* Vínculos subjetivos do agente comunitário de saúde no território da estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 789-802, set./dez. 2017.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas / colaboração Dietmar Klaus Pfeiffer**. – 4. ed. rev., atual. e ampl. – São Paulo: Atlas, 2017.

RIZZOTTO, M. L. F. Neoliberalismo e saúde. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima**. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

SANTOS, J. *et al.* **Pinheiral: Acidade da gente**. São Paulo: Olhares, 2018.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev 2002.

SILVA JUNIOR, A. G. ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e Perspectivas In: MOROSINI, M. V. G.C. **Modelos de atenção e a saúde da família**/Organizado por Márcia Valéria G. C. Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Rev. APS**, v. 12, n. 4, pp. 487-497, out./dez. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para realização da Entrevista com a gestora da ABS



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - EPSJV
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Roteiro para realização da Entrevista com a gestora da ABS

1. Me fale um pouco sobre sua trajetória formativa e profissional até chegar aqui.
2. Você conhece o histórico de implantação da ESF no município? Conte um pouco sobre o que você sabe.
3. Qual a cobertura populacional de ESF no município?
4. Qual a estrutura de APS existente no município atualmente?
5. Quantas USF tem no município e como estão distribuídas?
6. Em geral, qual a composição das equipes de saúde da família no município?
7. Cada equipe é responsável pela atenção à saúde de quantas famílias/pessoas?
8. Quantos ACS tem por equipe de saúde da família?
9. Como se organiza a distribuição desses ACS pelas equipes?
10. Agora vamos imaginar a seguinte situação: Chegou para morar no município, uma pessoa de outro país. Ela nem imagina o que seria um ACS, tendo em vista que esta função não existe no país que ela morava. Assim que ela se mudou para Pinheiral, o ACS foi até casa dela para visitá-la. Sem entender que pessoa era essa e com receio de ser um assaltante, por exemplo, ela não o recebeu e foi até a secretaria de saúde para perguntar de quem se tratava. Indicaram que ela falasse com você para esclarecer as dúvidas dela. Explica para ela quem é o ACS e qual o trabalho desenvolvido por ele (atribuições). Quais as principais atividades que ele desempenha?

11. Você falou pra mim aqui de várias atividades presentes no cotidiano do ACS, quais delas você acha que são mais importantes? E quais delas eles são mais cobrados no dia-a-dia? Por quê?
12. Como tem sido o processo de formação ou educação permanente dos ACS? Houve alguma mudança em relação à época que você estava na ponta e depois veio para a gestão?
13. A gente tem vivenciado, a nível nacional, um processo de mudanças que possibilita alguns rearranjos tanto na estrutura de APS nos municípios, como no processo de trabalho dos ACS e das equipes de saúde da família como um todo. Você tem tido a oportunidade de acompanhar essas discussões? Me conta um pouquinho sobre como tem sido esse processo no seu município.
14. Tendo em vista essas mudanças propostas recentemente, já houve alguma alteração ou existe alguma pretensão de reformulação na estrutura de APS do município? Composição das equipes mínimas, mudança de USF para UBS, diminuição da cobertura de ESF?
15. Você percebe mudanças nas formas de financiamento da ABS e/ou redução de receitas para o município, a partir da nova PNAB?
16. Esses novos documentos que regulam a APS vêm propondo também algumas mudanças nas atribuições dos ACS. Houve alguma mudança ou tentativa de mudança nas atribuições dos ACS de Pinheiral? Conta um pouquinho como tem sido esse processo no seu município.
17. Você falou aí sobre diversas mudanças propostas (ou até mesmo incorporadas) no cotidiano de trabalho dos ACS (Questão da glicemia, verificar PA e temperatura, realizar curativo), o que você acha, como você vê isso? Você acha que é bom ou ruim? Você acha que essas atividades podem acabar afastando o ACS de uma atividade que talvez fosse mais importante?
18. Você gostaria de acrescentar alguma coisa? Tem algo sobre a organização da APS, o papel do ACS, alguma especificidade do município ou qualquer outra questão que acha interessante falar mais um pouco sobre o assunto?

APÊNDICE B - Questionário de Caracterização do perfil dos ACS



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - EPSJV
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Questionário de Caracterização do perfil dos ACS

Nome: _____

USF de referência: _____

Residência: () na comunidade () em outro bairro/comunidade

Idade: _____ anos **Gênero:** () Feminino () Masculino

Cor ou Raça/Etnia: () Branca () Preta () Parda () Amarela
() Outra _____

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) ()
() Viúvo(a) () União Estável () Outros: _____

Tem filho (s): () Sim () Não Se sim, Quantos: _____

Qual a sua formação: () Ensino Fundamental () Ensino Médio Incompleto
() Ensino Médio Completo () Curso Técnico. Em que: _____
() Graduação Incompleta. Em que: _____
() Graduação Completa. Em que: _____
() Pós Graduação. Em que: _____
() Outros Cursos relacionados com a saúde. _____

Tempo de atuação como ACS: _____

Qual é o seu vínculo empregatício atualmente? () Não sei () Servidor municipal
() CLT contratado direto pelo município () CLT contratado por Organização Social
() Outro. Especifique: _____

Já teve outros vínculos empregatícios como ACS além do atual?

() Sim () Não.

Se sim, quais vínculos empregatícios teve como ACS (pode marcar mais de uma opção):

Contrato temporário Acordo verbal Cargo de confiança

Outro (s) Diga qual (ais): _____

Exerce alguma outra atividade remunerada para complementar a renda?

Sim Não Qual (ais)? _____

Participa de alguma associação comunitária ou movimento de trabalhadores?

Sim Não Qual (ais)? _____

Como ACS quais os cursos que você já fez (pode marcar mais de uma opção)?

Curso Introdutório Cursos de Educação permanente

Formação técnica de ACS - Módulo 1 – Concluído Em andamento

Formação Técnica de ACS - Módulo 2 – Concluído Em andamento

Formação Técnica de ACS - Módulo 3 – Em andamento

Formação técnica de ACS Completa (módulos 1, 2 e 3) Nenhum destes

Outros. Quais? _____

Aceitaria participar da 2ª fase de coleta de dados (Entrevista)? Sim Não

APÊNDICE C - Roteiro para realização das entrevistas com os ACS



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - EPSJV
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Roteiro para realização das entrevistas com os ACS

1. Você pode contar pra mim como foi que você se tornou ACS?
2. Você é responsável pelo acompanhamento de quantas pessoas/famílias? Esse número tem sido mantido nos últimos anos?
3. Agora você vai imaginar a seguinte situação: Chegou para morar no município, uma pessoa de outro país. Ela nem imagina o que seria um ACS, tendo em vista que esta função não existe no país que ela morava. Você tem que explicar para ela o seu trabalho, contar pra ela tudo que você faz ao longo do dia. Como você explicaria como é o seu trabalho?
4. Como é a sua relação/o que você faz dentro da equipe de saúde?
5. Na sua unidade acontecem reuniões de equipe? Me conta um pouco mais sobre essas reuniões. Me conta um pouco mais sobre essas reuniões (Quais os assuntos que são discutidos, se você tem oportunidade de participar efetivamente dessas discussões). Você participa dessas reuniões? Qual a periodicidade dessas reuniões?
6. Quem é o responsável e como é pelo planejamento da sua rotina de trabalho?
7. Então, você falou pra mim de várias atividades que você desenvolve, falou da sua rotina de trabalho. Agora me fala um pouco mais, pelo que você mais tem sido cobrado recentemente? Isso mudou nos últimos anos?
8. E diante de tantas atribuições e responsabilidades, que tipo de formação você acha que te ajudaria a fazer melhor o seu trabalho? O que você gostaria de receber em termos de formação ou educação permanente?
9. Olha! A PNAB é a Política Nacional de Atenção Básica, você já ouviu falar nisso? (Sim ou Não). Ela vem sofrendo mudanças nos últimos anos, você teve a oportunidade

de acompanhar isso? Em algum momento vocês discutiram sobre esse assunto? Aonde?

10. A nova PNAB que eu mencionei agora há pouco, traz várias propostas de mudanças tanto da estrutura da APS no município, quanto nas suas atribuições diretamente (Questão da glicemia, verificar PA e temperatura, realizar curativo). Houve alguma mudança ou tentativa de mudança nas suas atribuições nos últimos anos? Conta um pouquinho como tem sido esse processo.
11. Em relação a essas novas atribuições propostas, o que você acha delas, como você vê isso? Você acha que é bom ou ruim? Você acha que essas atividades podem acabar te afastando de alguma atividade que você ache mais importante? Quais?
12. Falando em atividades importantes, você comentou anteriormente sobre a realização da visita domiciliar, da educação em saúde, etc. Me conta um pouco sobre como você desenvolve essas atividades? Você já ouviu falar da educação popular em saúde?
13. Todo mundo/quase ninguém/Ninguém disse que é sindicalizado, como se dá quando existe alguma proposta de mudança nas atribuições, no seu cotidiano de trabalho, na incorporação de novas funções? Se dá de forma unilateral ou existe algum momento de discussão entre vocês e a gestão da ABS acerca das mudanças propostas?
14. Eu estou vendo aqui, que você já tem xxx anos de trabalho como ACS em Pinheiral, me conta um pouco sobre as mudanças ocorridas no seu trabalho ao longo dos últimos anos. O que você fazia antes que agora não faz mais? Do que mais você sente falta?
15. Como você se sente em relação ao seu trabalho atualmente? Isso mudou em relação a época que vc entrou?
16. Quais as principais dificuldades que você tem enfrentado no seu cotidiano de trabalho?
17. Diante do que você está me falando, eu estou vendo aqui que você faz muitas coisas. Você acha que o tempo para a realização das suas atividades é adequado? Este tempo mudou?
18. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa? Tem alguma outra questão que você acha interessante falar mais um pouco sobre o assunto?

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para o ACS

Página 163 de 176



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
 ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - EPSJV
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
 MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Prezado/prezada participante,

Você está sendo convidado/convidada a participar da pesquisa intitulada “**Dilemas e contradições da reestruturação do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e seus efeitos para Atenção Primária à Saúde (APS)**”. Este estudo, de autoria do pesquisador Jose Henrique de Lacerda Furtado, é parte integrante do programa de pós-graduação stricto sensu, na modalidade de mestrado profissional em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ), sob orientação da professora pesquisadora Márcia Cavalcanti Raposo Lopes.

Esta pesquisa será desenvolvida no âmbito do município de Pinheiral-RJ, tendo como objetivo central analisar os efeitos que as recentes mudanças, advindas da reformulação da PNAB e da legislação que norteiam a atuação dos ACS, provocam no processo de trabalho destes profissionais e no desenvolvimento de uma APS integral.

Você está sendo convidado/convidada para participar do presente estudo por fazer parte do grupo de trabalhadores ACS do município de Pinheiral-RJ. Acreditamos que a sua participação na pesquisa, possa contribuir de forma significativa para que os objetivos da mesma sejam atingidos, tendo em vista que é imprescindível conversar com você para conhecer efetivamente o seu cotidiano de trabalho e ainda, para identificar as possíveis mudanças que tem sido incorporadas no seu processo de trabalho, nos últimos anos.

A sua participação no presente estudo consistirá em responder a um questionário contendo perguntas abertas e fechadas e a uma entrevista individual, que será realizada em dia

Rubrica do Participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____

e horário agendados previamente, com duração de aproximadamente 1 hora. O registro das respostas obtidas nas entrevistas será realizado através de gravação eletrônica, para posterior transcrição e análise dos dados obtidos pelo pesquisador, sendo que apenas a equipe de pesquisa terá acesso à essas gravações.

Toda pesquisa em seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, sendo que nesse estudo, os riscos relacionados à sua participação são mínimos, relacionados a eventuais constrangimentos em responder às perguntas, e para evitar que isto aconteça, o pesquisador se compromete a aceitar respostas parciais a entrevista e a garantir que as mesmas aconteçam em local reservado, em ambiente calmo e tranquilo, sem a presença e/ou interferência da chefia imediata ou de outras pessoas que possam trazer transtornos ou constrangimentos aos sujeitos participantes da pesquisa. Além disso, caso haja questionamentos que você se sinta constrangido/constrangida, você terá o direito de não responder.

Em relação aos benefícios da pesquisa, os mesmos são indiretos e consistem em viabilizar reflexões acerca da temática abordada, buscando a construção de conhecimento em relação às consequências das mudanças recém implementadas no processo de trabalho dos ACS e que, em face a contemporaneidade dessas mudanças e do modo como se deram, encontram-se com diversas lacunas a serem ainda exploradas. Além disso, a realização da mesma se concretiza enquanto contribuição para o fortalecimento do SUS como um sistema de saúde universal possível e necessário, destacando a ESF como principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde no país no contexto atual, tendo o trabalho desenvolvido pelos ACS como elemento nuclear de transformação nesse processo.

A sua participação não acarretará custos a você, bem como não implicará em nenhuma compensação financeira. Além disso, ela não é obrigatória, e você terá assegurado o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Terá assegurado também, a garantia de recebimento de uma via deste TCLE e o sigilo referente à sua participação, sendo seu nome e/ou o material que indique a sua participação mantidos sob a responsabilidade do pesquisador.

Eu, _____,
fui informado (a) e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na

Rubrica do Participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____

pesquisa, tendo tido a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas e estou ciente que a qualquer momento, poderei realizar contato com o pesquisador responsável, através do Telefone: (24) 981058076 ou email: henrilacerda2009@hotmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através do Telefone: (21) 3865-9705 ou email: cep.epsjv@fiocruz.br, para solicitar novos esclarecimentos, e ainda, que poderei retirar o meu consentimento e deixar de participar da pesquisa, sem que isso me traga qualquer prejuízo.

Declaro que concordo com minha participação, como voluntário (a), no projeto de pesquisa descrito acima e que recebi uma cópia deste TCLE.

Pinheiral, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Jose Henrique de Lacerda Furtado
Pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Av. Brasil, 4365. Manguinhos – Rio de Janeiro – CEP 21040-360. Site: www.epsjv.fiocruz.br **Telefone:** (21) 3865-9705 ou **email:** cep.epsjv@fiocruz.br

Rubrica do Participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - ESPJV
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **“Dilemas e contradições da reestruturação do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e seus efeitos para Atenção Primária à Saúde (APS)”**. Este estudo, de autoria do pesquisador Jose Henrique de Lacerda Furtado, é parte integrante do programa de pós-graduação stricto sensu, na modalidade de mestrado profissional em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ), sob orientação da professora pesquisadora Márcia Cavalcanti Raposo Lopes.

Esta pesquisa será desenvolvida no âmbito do município de Pinheiral-RJ, tendo como objetivo central analisar os efeitos que as recentes mudanças, advindas da reformulação da PNAB e da legislação que norteiam a atuação dos ACS, provocam no processo de trabalho destes profissionais e no desenvolvimento de uma APS integral.

Você está sendo convidada para participar do presente estudo, por ser a gestora responsável pela coordenação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pela orientação do processo de trabalho dos ACS no referido município. Acreditamos que a sua participação na pesquisa possa contribuir de forma significativa para que os objetivos da mesma sejam atingidos, tendo em vista o seu envolvimento com o planejamento e a organização das ações de APS no município, que permitirá tanto a obtenção de dados referentes a estrutura de saúde e o modo com que a APS tem sido organizada nos últimos anos, como também, de dados

Rubrica do Participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____

referentes ao modo de planejamento e organização do processo de trabalho dos ACS nesse contexto.

A sua participação no presente estudo consistirá em responder a uma entrevista individual, que será realizada em dia e horário agendados previamente, com duração de aproximadamente 1 hora. O registro das respostas obtidas nas entrevistas será realizado através de gravação eletrônica, para posterior transcrição e análise dos dados obtidos pelo pesquisador, sendo que apenas a equipe de pesquisa terá acesso à essas gravações.

Toda pesquisa em seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, sendo que nesse estudo, estes são baixos e se relacionam com a possibilidade de você vir a ser indiretamente identificada, devido ao cargo que ocupa, na divulgação dos resultados de pesquisa. Além disso, podem surgir eventuais constrangimentos em responder às perguntas, e para evitar que isto aconteça, o pesquisador se compromete a aceitar respostas parciais a entrevista e a garantir que as mesmas aconteçam em local reservado, em ambiente calmo e tranquilo, sem a presença e/ou interferência da chefia imediata ou de outras pessoas que possam trazer transtornos ou constrangimentos aos sujeitos participantes da pesquisa. Além disso, caso haja questionamentos que você se sinta constrangido/constrangida, você terá o direito de não responder.

Em relação aos benefícios da pesquisa, os mesmos são indiretos e consistem em viabilizar reflexões acerca da temática abordada, buscando a construção de conhecimento em relação às consequências das mudanças recém implementadas no processo de trabalho dos ACS e que, em face a contemporaneidade dessas mudanças e do modo como se deram, encontram-se com diversas lacunas a serem ainda exploradas. Além disso, a realização da mesma se concretiza enquanto contribuição para o fortalecimento do SUS como um sistema de saúde universal possível e necessário, destacando a ESF como principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde no país no contexto atual, tendo o trabalho desenvolvido pelos ACS como elemento nuclear de transformação nesse processo.

A sua participação não acarretará custos a você, bem como não implicará em nenhuma compensação financeira. Além disso, ela não é obrigatória, e você terá assegurado o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Terá assegurado também, a garantia de recebimento de uma

Rubrica do Participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____

via deste TCLE e o sigilo referente à sua participação, sendo seu nome e/ou o material que indique a sua participação mantidos sob a responsabilidade do pesquisador.

Eu, _____,
fui informado (a) e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, tendo tido a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas e estou ciente que a qualquer momento, poderei realizar contato com o pesquisador responsável, através do Telefone: (24) 981058076 ou email: henrilacerda2009@hotmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através do Telefone: (21) 3865-9705 ou email: cep.epsjv@fiocruz.br, para solicitar novos esclarecimentos, e ainda, que poderei retirar o meu consentimento e deixar de participar da pesquisa, sem que isso me traga qualquer prejuízo.

Declaro que concordo com minha participação, como voluntário (a), no projeto de pesquisa descrito acima e que recebi uma cópia deste TCLE.

Pinheiral, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Jose Henrique de Lacerda Furtado
Pesquisador responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Av. Brasil, 4365. Manguinhos – Rio de Janeiro – CEP 21040-360. Site: www.epsjv.fiocruz.br **Telefone:** (21) 3865-9705 ou **email:** cep.epsjv@fiocruz.br

Rubrica do Participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Pinheiral



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHEIRAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Carta de Anuência

Para: Sr. Marcio Sacramento de Oliveira/ Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – CEP/EP&JV-FIOCRUZ

De: Everton da Silva Alvim / Secretário Municipal de Saúde de Pinheiral

Assunto: Autorização para realização de pesquisa

Eu, Everton da Silva Alvim, venho por meio desta, informar que autorizo o pesquisador Jose Henrique de Lacerda Furtado, discente do Curso de Mestrado profissional em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/FIOCRUZ, a realizar a pesquisa intitulada de "Dilemas e contradições da reestruturação do processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) e seus efeitos para atenção primária à saúde (APS)", sob orientação da Professora Doutora Marcia Cavalcanti Raposo Lopes. Declaro conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 e 510/2016 e infiro que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, e do compromisso ético quanto ao resguardo da autonomia, da privacidade, da segurança e do bem-estar dos sujeitos participantes.

Pinheiral, 19 de Março de 2019.


 Everton da Silva Alvim
 Secretário Municipal de Saúde
 92220

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP da Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DILEMAS E CONTRADIÇÕES DA REESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E SEUS EFEITOS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Pesquisador: JOSE HENRIQUE DE LACERDA FURTADO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10215519.6.0000.5241

Instituição Proponente: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.332.006

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa referente à dissertação de Mestrado Profissional desenvolvida pelo aluno vinculado ao programa de pós-graduação em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/Fiocruz.

Como temática, o referido projeto aborda as questões relacionadas aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Segundo as informações contidas no projeto, os ACS foram instituídos no sistema público de saúde, adquirindo papel estratégico para o desenvolvimento dos programas, sendo incorporados às equipes de saúde para atuarem como um "elo" de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. Dessa forma, de acordo com o pesquisador, o ACS torna-se um importante profissional do cuidado em saúde, tendo em vista não só a sua possibilidade de formação de laços, mas principalmente, a sua responsabilidade e empenho na manutenção e na estabilidade desses laços estabelecidos na comunidade (BORGES, ABRUNHOSA e MACHADO, 2009). Sendo assim, o trabalho do ACS possibilita a flexibilização dos espaços de cuidado e contribui de forma efetiva para a melhoria da qualidade de vida da população. Apesar disso, recentemente, esses profissionais vêm sofrendo uma série de ataques com a reformulação da política e da legislação que norteiam a sua atuação. A partir das alterações instituídas por essa lei, a presença dos ACS deixa de ser obrigatória na estrutura da Atenção Básica à Saúde (ABS), mantendo a obrigatoriedade da sua presença apenas na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essas mudanças preconizadas,

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Marquinhos

CEP: 21.040-900

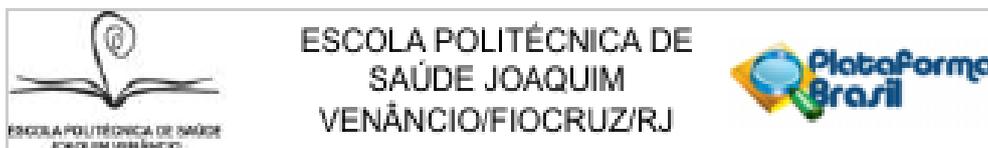
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9710

Fax: (21)3865-9729

E-mail: cep.epsjv@epsjv.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.332-086

além de colocarem em risco a sua subsistência no SUS, tendem a reconfigurar/descharacterizar o seu processo de trabalho, podendo gerar uma série de implicações no seu cotidiano e na resolutividade do seu trabalho.

No que tange à metodologia, será desenvolvida a partir de uma abordagem qualitativa e prevê realizar uma revisão bibliográfica e documental, associada a um estudo de campo, através da realização de entrevistas semiestruturadas com ACS e gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Pinheiral- RJ, tendo em vista o conhecimento prévio do pesquisador acerca da rede de atenção à saúde do local.

De acordo com o autor, inicialmente será realizado um levantamento de textos normativos, legislativos e acadêmicos referentes à temática abordada, a fim de alicerçar a realização de uma análise documental, contribuindo para o alcance dos objetivos propostos na presente pesquisa.

A etapa de coleta de dados será constituída por duas fases. Na primeira fase serão convidados, a princípio, todos os profissionais ACS que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Pinheiral – RJ. O convite a estes profissionais será realizado em uma reunião, previamente agendada junto à coordenação da ABS, dentro do horário de expediente de trabalho dos ACS, a fim de que seja possível, além da realização de todos os esclarecimentos referentes à pesquisa, buscar a sensibilização dos ACS acerca da relevância da pesquisa e quanto à importância de sua participação na mesma.

Os ACS que aceitarem participar da pesquisa realizarão o preenchimento individual de um questionário de caracterização, contendo perguntas abertas e fechadas, para traçar um perfil sociodemográfico desses profissionais e que também servirá de base para seleção dos ACS que participarão da segunda fase desta etapa.

Para a realização da segunda fase desta etapa, serão convidados alguns ACS, tendo como critérios de seleção a disponibilidade dos profissionais em participar de forma voluntária da entrevista e o tempo mínimo de quatro anos de atuação como ACS na ESF do município. Além disso, pretende-se selecionar ACS que tenham passado por diferentes processos formativos ao longo de sua carreira profissional, ou seja, tanto profissionais que tenham realizado apenas o Curso Introdutório, como profissionais que tenham concluído algum módulo do Curso Técnico em ACS e, se possível, profissionais que tenham concluído os três. A coleta de dados desta fase será desenvolvida a partir da realização de entrevistas semiestruturadas com os ACS selecionados. As entrevistas serão realizadas individualmente, em datas a serem acordadas pelo pesquisador junto a cada um dos participantes selecionados, em local externo às USF de referência dos ACS. Elas acontecerão em ambiente calmo e tranquilo, sem a presença e/ou interferência da chefia imediata ou de outras

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Mangueiras **CEP:** 21.040-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** csp.epsjv@epsjv.fiocruz.br



Continuação do Projeto: 3.132.088

pessoas que possam trazer transtornos ou constrangimentos aos sujeitos participantes da pesquisa. O momento de realização das entrevistas será acordado também junto à coordenação da ABS, de modo que seja realizado dentro do horário de expediente dos profissionais.

Em princípio, de acordo com o pesquisador, pretende-se que o registro das respostas obtidas na entrevista seja realizado mediante gravação eletrônica, tendo em vista que este é o melhor método apontado por Gil (2008) para preservação do seu conteúdo. No entanto, há que se considerar que a gravação só será realizada mediante consentimento do entrevistado.

Para análise dos dados obtidos pretende-se utilizar a análise de conteúdo na qual serão estabelecidas categorias que possibilitem uma análise temática dos dados obtidos.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar os efeitos que as recentes mudanças, advindas da reformulação da FNAB e da legislação que norteiam a atuação dos ACS, provocam no processo de trabalho destes profissionais e no desenvolvimento de uma APS integral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- (i) Identificar as principais mudanças nas atribuições dos ACS, ocorridas em função do contexto de reformas recentes;
- (ii) Caracterizar como tem se dado a incorporação destas mudanças no cotidiano de trabalho do ACS a nível local;
- (iii) Analisar os possíveis efeitos advindos da incorporação dessas mudanças no processo de trabalho do ACS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, o autor identifica como risco mínimo para o grupo de ACS e no caso da entrevista com a gestora, esse risco foi considerado baixo, devido à possibilidade do participante ser indiretamente identificado, pois dependendo do cargo ou função desempenhada, mesmo sem a menção do nome do entrevistado, este pode ser eventualmente identificado.

E ainda, segundo o pesquisador, os benefícios são indiretos, pois consistem em viabilizar reflexões acerca da temática abordada, buscando a construção de conhecimento em relação às consequências das mudanças recém-implementadas no processo de trabalho dos ACS e que, em

Endereço: Avenida Brasil, 4365	CEP: 21.040-900
Bairro: Mangueiras	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710	Fax: (21)3865-9729
	E-mail: csp.epsv@epsv.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.332.066

face a contemporaneidade dessas mudanças e do modo como se deram, encontram-se com diversas lacunas a serem ainda exploradas.

Sendo assim, consideramos que os benefícios pretendidos justificam a realização da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto trata de temática socialmente relevante e os objetivos estão redigidos com clareza e a metodologia condizente com os mesmos. O estudo está fundamentado teoricamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: folha de rosto assinada e carimbada, projeto detalhado, informações básicas, cronograma, a declaração de qualificação, o projeto de pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o grupo de ACS e outro para a gestora, roteiro para as entrevistas com os ACS e o roteiro de entrevista com a gestora da ABS, carta de anuência da instituição participante, cronograma e ainda, o questionário de caracterização do perfil dos ACS.

Recomendações:

- Enviar relatório ao término do estudo;
- Informar ao CEP, caso necessite fazer modificações relevantes nos objetivos ou metodologia previstos;
- Notificar o CEP caso ocorra alguma situação adversa;
- Manter sob sua guarda por pelo menos 5 anos as vias do TCLE ou do Registro de Consentimento, bem como os dados coletados na pesquisa;
- Informar o número CAAE do projeto nos produtos da pesquisa (relatórios, artigos, monografia, dissertação, tese).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 – CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO: 1308046.pdf	06/05/2019 13:28:23		Aceito

Endereço: Avenida Brasil, 4365
 Bairro: Mangueiras CEP: 21.040-860
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3865-9710 Fax: (21)3865-9729 E-mail: cep.epsjv@epsjv.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.332.068

Outros	Declaracao_pendencias_solucionadas.pdf	06/05/2019 13:22:22	JOSE HENRIQUE DE LACERDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ACS_MODIFICADO.pdf	06/05/2019 12:41:52	JOSE HENRIQUE DE LACERDA FURTADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORA_MODIFICADO.pdf	06/05/2019 12:38:11	JOSE HENRIQUE DE LACERDA FURTADO	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista_ACS.pdf	22/03/2019 21:35:16	JOSE HENRIQUE DE LACERDA	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevista_com_a_gestora.pdf	22/03/2019 21:34:46	JOSE HENRIQUE DE LACERDA	Aceito
Outros	Questionario_de_Caracterizacao.pdf	22/03/2019 21:30:33	JOSE HENRIQUE DE LACERDA	Aceito
Outros	Declaracao_Qualificacao.pdf	22/03/2019 21:23:13	JOSE HENRIQUE DE LACERDA	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia.pdf	22/03/2019 21:22:01	JOSE HENRIQUE DE LACERDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escarecido_TCLE.pdf	22/03/2019 20:52:53	JOSE HENRIQUE DE LACERDA FURTADO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/03/2019 20:52:25	JOSE HENRIQUE DE LACERDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_completo.pdf	22/03/2019 20:51:48	JOSE HENRIQUE DE LACERDA FURTADO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	22/03/2019 20:48:53	JOSE HENRIQUE DE LACERDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Maio de 2019

Assinado por:
Marcio Sacramento de Oliveira
 (Coordenador(a))

Endereço: Avenida Brasil, 4365
 Bairro: Mangueiras CEP: 21.040-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3865-9710 Fax: (21)3865-9729 E-mail: cnp.epsjv@epsjv.fiocruz.br