



**ROSELI EXPEDITA FERREIRA MOREIRA**

**A PERCEPÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE E DO GESTOR  
DE SAÚDE SOBRE AS PORTARIAS Nº 2.436 DE 22 DE  
SETEMBRO DE 2017 E Nº 83 DE 10 DE JANEIRO DE 2018  
EM BOM SUCESSO - MINAS GERAIS**

**LAVRAS – MG  
2018**

**ROSELI EXPEDITA FERREIRA MOREIRA**

**A PERCEPÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE E DO GESTOR DE SAÚDE SOBRE  
AS PORTARIAS Nº 2.436 DE 22 DE SETEMBRO DE 2017 E Nº 83 DE 10 DE  
JANEIRO DE 2018 EM BOM SUCESSO - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal de Lavras, como parte  
das exigências do curso de Administração  
Pública, para a obtenção do título de Bacharel.

Prof. Dr. Gustavo Costa de Souza  
Orientador

**LAVRAS – MG  
2018**

**ROSELI EXPEDITA FERREIRA MOREIRA**

**A PERCEPÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE E DO GESTOR DE SAÚDE SOBRE  
AS PORTARIAS Nº 2.436 DE 22 DE SETEMBRO DE 2017 E Nº 83 DE 10 DE  
JANEIRO DE 2018 EM BOM SUCESSO - MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal de Lavras, como parte  
das exigências do curso de Administração  
Pública, para a obtenção do título de Bacharel.

APROVADA em 04 de dezembro de 2018.

Profa. Dra. Nathalia de Fátima Joaquim - UFLA

Prof. Dr. Gustavo Costa de Souza  
Orientador

**LAVRAS – MG  
2018**

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal de Lavras pelos ensinamentos e por me proporcionar tantas experiências.

Aos meus professores pelos conhecimentos repassados e por me fazerem acreditar que seria capaz de realizar esse sonho, em especial ao meu orientador, Gustavo Costa de Souza, pelo apoio em toda etapa da minha pesquisa.

Aos profissionais que me ajudaram através das entrevistas em chegar ao meu objetivo. Aos meus irmãos pelo apoio e por acreditar que eu seria capaz.

Aos meus pais que não estão aqui na terra, mas eu sei que estão torcendo pelo meu sucesso.

Aos meus amigos e colegas, em especial aos funcionários do PSF Aparecida, que são minha segunda família e que sempre me apoiaram desde o início de minha pesquisa.

Enfim, gratidão a todos que de forma direta ou indireta, compartilharam desse momento importante em minha vida, me ajudando a enfrentar os medos e todos os obstáculos.

Muito obrigada!

*“Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível” (Charles Chaplin).*

## RESUMO

Pretendeu-se, neste trabalho, analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde e do gestor de saúde do município de Bom Sucesso – MG, a respeito da Portaria 2.436, de setembro de 2017, que dentre algumas mudanças prevista para a Atenção Básica ainda acrescentou como sendo atribuições dos agentes comunitários de saúde aquelas típicas do técnico de enfermagem, como: aferição de pressão arterial, mensuração de glicemia e realização de curativos, desde que ocorra a formação necessária, e também sobre a portaria n. 83, de 10 de janeiro de 2018, que institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS), que tem como objetivo fornecer de forma gratuita o curso de técnico de enfermagem para os Agentes Comunitários e Agentes de Endemias. A pesquisa realizada cunhou-se qualitativamente, do tipo exploratório, por tratar-se de um assunto recente. Realizou-se entrevista semiestruturada com 20 (vinte) agentes comunitários de saúde (ACSs) e também com o gestor de saúde local do município. Diante disso, notou-se que no município estudado, tanto os ACSs como o gestor de saúde ainda têm pouco conhecimento sobre essas portarias. Apesar do gestor de saúde ser favorável à formação dos ACSs, estes últimos ainda estão com opiniões fragmentadas.

**Palavras-chave:** Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Básica. Equipe Saúde da Família. Gestor. Portaria. Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde. Programa Saúde da Família.

## LISTA DE SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| ACE     | Agente de Combate a Endemias                                   |
| ACS     | Agente Comunitário de Saúde                                    |
| APS     | Atenção Primária à Saúde                                       |
| CF      | Constituição Federal   |
| CNES    | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                 |
| COREN   | Conselho Regional de Enfermagem                                |
| ESF     | Estratégia Saúde da Família                                    |
| INAMPS  | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| MS      | Ministério da Saúde  |
| NASF    | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                             |
| PACS    | Programa Agente Comunitário de Saúde                           |
| PNAB    | Política Nacional da Atenção Básica                            |
| PROFAGS | Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde             |
| PSF     | Programa Saúde da Família                                      |
| SUS     | Sistema Único de Saúde   |
| UBS     | Unidade Básica de Saúde  |

## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>9</b>  |
| 1.2      | Justificativa.....  | 10        |
| <b>2</b> | <b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>  | <b>12</b> |
| 2.1      | Sistema Único de Saúde.....   | 12        |
| 2.2      | Atenção Básica em Saúde.....  | 14        |
| 2.3      | Programa Agente Comunitário de Saúde e Estratégia Saúde da Família.....                         | 16        |
| 2.4      | Ciclo das Políticas Públicas e Políticas <i>Top Down</i> e <i>Bottom Up</i> .....               | 18        |
| 2.5      | Burocratas do Nível de Rua .....  | 20        |
| 2.6      | O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde .....  | 21        |
| 2.7      | PROFAGS .....   | 26        |
| <b>3</b> | <b>METODOLOGIA.....</b>   | <b>27</b> |
| 3.1      | Caracterização do Objeto de Estudo.....   | 28        |
| <b>4</b> | <b>ANÁLISE E DISCUSSÃO .....</b>  | <b>29</b> |
| 4.1      | Conhecimento dos ACSs sobre as portarias e seus impactos na profissão pela visão dos ACSs ..... | 29        |
| 4.2      | Conhecimento do gestor de saúde sobre as portarias e sua perspectiva sobre o PROFAGS. ....      | 33        |
| <b>5</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>36</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>40</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 foi um importante marco para os brasileiros na consolidação de muitos direitos sociais que foram conquistados devido à luta e empenho da sociedade ao longo dos anos. Dentre esses direitos, podemos destacar a saúde como direito de todos e dever do Estado, citado entre os Artigos 196 e 200 da Constituição Federal.

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela CF e posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 mudou a forma de acesso da população aos serviços de saúde, que com sua criação tornou-se gratuito e universal para todos os brasileiros (NETO, 2012). Apesar de receber críticas diversas, o SUS é considerado um dos maiores sistemas de saúde público do mundo. Vale ressaltar que antes de 1988, grande parte da população por não ter condições de ter um plano de saúde privado, não tinha acesso aos serviços de saúde (MENDES, 2013).

Para intensificar os trabalhos de promoção e prevenção da saúde foi criado em 1991 o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) que tinha como objetivo levar à comunidade um profissional que tivesse um contato direto com a população, o qual orientasse as famílias no que dissesse respeito à prevenção de doenças e que de um modo geral trabalhasse de forma a melhorar a qualidade de vida das mesmas (BARROS, 2010). Complementando o PACS, em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), que em 2006 foi consolidado como Estratégia Saúde da Família (ESF) (COSTA, 2010).

A ESF conta com uma equipe composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, ressaltando que a quantidade de ACSs que uma equipe pode ter, vai depender do número de pessoas que a equipe atende, não podendo ultrapassar o número máximo de 750 pessoas por ACS e também das especificidades de cada região. Ela pode contar também com cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico de saúde bucal (BRASIL, 2017).

Os profissionais da equipe saúde da família devem trabalhar de forma conjunta e articulada para planejar suas ações de promoção e prevenção em saúde. Todos os profissionais são importantes nesse processo, desde médico até os agentes comunitários de saúde. Porém, em muitos momentos, os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) passam por situações de desvalorização profissional (SAMUDIO, 2017).

O agente comunitário de saúde é aquele que promove o elo entre a comunidade e a equipe. É de sua responsabilidade cadastrar todas as famílias de seu território de abrangência,

orientar as famílias sobre prevenção de doenças, encaminhar as pessoas que apresentem problemas de saúde até a unidade, promover trabalhos em grupos, dentre outras atribuições.

Esses profissionais, que podem ser caracterizados como burocratas de nível de rua, segundo (LOTTA, 2010), são responsáveis na execução das políticas públicas em saúde junto à população. Dessa forma, conseguem ter um contato maior com a realidade em que vivem as pessoas, podendo assim planejar suas ações junto a equipe saúde da família. A legislação vigente que regulamenta sua profissão é a Lei 13.595/18 (BRASIL, 2018).

São atribuições dos agentes comunitários de saúde: promover ações de prevenção durante as visitas domiciliares auxiliando no elo entre comunidade e a equipe, coletar informações para melhor entendimento das características da população, orientar a população quanto aos agendamentos de consultas e exames. Pela portaria 2.463, de setembro de 2017, pode ser ainda atribuições dos ACSs, desde que se tenha o treinamento específico: aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, realização de curativos e administração de medicamentos. Portanto, foi instituído pela Portaria 83, de 10 de janeiro de 2018 o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde e Agentes de Combates a Endemias (PROFAGS), cujo objetivo é possibilitar aos gestores municipais adesão ao programa para capacitação e qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e Agentes Comunitários de Endemias (ACEs) (BRASIL, 2018).

À vista disso, de que maneira essas portarias poderão modificar o trabalho dos ACSs que é desenvolvido em todo o território nacional? O presente trabalho se norteia por esse questionamento e busca analisar qual a percepção que os próprios agentes comunitários de saúde do município de Bom Sucesso- MG têm a respeito dessas portarias e de que forma eles avaliam as novas atribuições propostas por ela, visto que estes são profissionais de linha de frente dentro da Atenção Básica na execução das políticas públicas em saúde.

## **1.1 Objetivos Específicos**

- Analisar a perspectiva do gestor de saúde local com relação ao PROFAGS.
- Descrever como a capacitação oferecida pelo PROFAGS poderá impactar no trabalho dos ACSs.
- Identificar o grau de conhecimento que os ACSs e o gestor de saúde local têm sobre as novas portarias publicadas pelo Ministério da Saúde.

## **1.2 Justificativa**

O trabalho de prevenção e promoção da saúde é o pilar da Atenção Básica, e todos os profissionais da equipe de saúde da família têm grande importância nessas ações, destacando o papel do agente comunitário de saúde. O trabalho que o ACS desempenha é essencial para auxiliar o restante da equipe nas ações de prevenção, visto que são esses profissionais que estão em contato constante com as famílias.

Desta forma, o trabalho torna-se oportuno por buscar compreender como o acréscimo de atribuições ressaltadas na Portaria 2.436 e também pelo Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde impactarão na profissão, pela perspectiva dos próprios agentes de saúde e também pelo gestor de saúde local, visto que a função do ACS até então é voltada para a prevenção e promoção da saúde.

A possibilidade de formar os agentes de saúde em técnicos de enfermagem através do PROFAGS, onde o curso será totalmente custeado pelo Ministério da Saúde para que eles possam desempenhar tais atribuições, modificará a forma como são executadas as políticas públicas em saúde por esses profissionais, podendo trazer pontos positivos e negativos tanto para os agentes como para a população que recebe os serviços. Além disso, por estar há cinco anos trabalhando como agente de saúde e vivenciando no dia-a-dia como é desenvolvido o trabalho, também foi um dos motivos para a busca sobre o tema.

Por tratar-se de duas portarias recentes, há pouca produção acadêmica disponível sobre o assunto, todavia o mesmo vem levantando discussões entre os diversos profissionais de saúde, o que estimula a explorar e aprofundar mais o tema.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Sistema Único de Saúde

Os direitos sociais adquiridos com a promulgação da Constituição Federal de 1988 constituem um importante marco para os brasileiros depois de um período sobre o Governo Militar. Segundo Neto (2012, p. 82), “a Constituição Federal de 88 institucionaliza a instauração de um regime político democrático no Brasil e proporciona um avanço na consolidação legislativa das garantias e direitos fundamentais”.

Dentre esses direitos fundamentais, um importante e que deve ser destacado foi o direito universal aos serviços de saúde, visto que antes de 1988 pouca parte da população conseguia ter acesso a esses serviços. A Constituição Federal destaca no Art.196,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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).

O Estado assumindo o papel de garantir a toda população serviços de saúde de forma gratuita, institui através do Art. 198 o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual destaca que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]” (BRASIL, 1988). Sendo a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade suas diretrizes. Dessa forma, o Art.200, da CF destaca as atribuições do Sistema Único de Saúde,

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

O SUS tem sua regulamentação pela Lei 8.080/90 que trata sobre o seu funcionamento e também pela Lei 8.142/90. Através dessas leis é destacada a importância dos municípios na gestão do SUS, cujo processo de descentralização podem articular suas ações para melhor atender as necessidades dos usuários (SOUZA; COSTA, 2010).

Dentre os princípios que norteiam o funcionamento do SUS, destacam-se a universalidade, em que todos têm o direito de usufruir dos serviços oferecidos pelo sistema; a equidade, cujo indivíduo é tratado conforme suas necessidades e a integralidade, que é o tratamento do indivíduo que vai além da assistência em saúde, mas também do cuidado em diferentes áreas. Sobre esses princípios Teixeira (2011, p. 2), discorre,

O SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema herdado do período anterior, um “sistema de saúde”, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantem sua saúde e bem estar, de forma equitativa e integral.

De fato, a criação do SUS foi um importante ganho para os brasileiros quando se comparado à saúde em outros países que não tem um sistema público. Os Estados Unidos, por exemplo, não possuem um sistema público de saúde, diante disso, as pessoas contratam planos de saúde privado, que podem se beneficiar dessa situação. Mendes (2013, p. 28), ressalta a importância do SUS,

SUS constitui a maior política de inclusão social da história de nosso país. Antes do SUS vigia um Tratado de Tordesilhas da saúde que separava quem portava a carteirinha do INAMPS<sup>1</sup> e que tinha acesso a uma assistência curativa razoável das grandes majorias que eram atendidas por uma medicina simplificada na atenção primária e à saúde e como indigentes na atenção hospitalar. O SUS rompeu essa divisão iníqua e fez da saúde um direito de todos e dever do Estado.

Apesar de sua importância para a população, muitos consideram o SUS como sendo uma utopia. Várias são as críticas feitas, como por exemplo, a má qualidade no serviço prestado, cujos beneficiários necessitam recorrer a outros serviços, como destaca Cordeiro, Neto e Santos (2011, p. 41), “cerca de 42 milhões de brasileiros buscam a medicina suplementar como forma de assistência à saúde, um dos grandes paradoxos do sistema de saúde brasileiro”. Essa escassez

---

<sup>1</sup> O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) é uma autarquia federal, criado em 1977, pela Lei nº 6.439.

na qualidade respalda-se em justificativas como a falta de recurso ou até mesmo inadequação na gestão dos mesmos, como destaca Silva (2011, p. 2757), “apesar de a cobertura assistencial no SUS, especialmente na área ambulatorial, ter aumentado nestas duas últimas décadas, a oferta de recursos ainda é insuficiente para atender a necessidade da população”. Segundo Andrade e Andrade (2010, p. 71), “20% da população busca a assistência suplementar, por entender ser o SUS de difícil acesso e baixa qualidade”. Ainda de acordo com os autores o SUS “apresenta uma universalidade excludente quando assiste 40 milhões de brasileiros migrarem para assistência suplementar por se sentirem mal atendidos pelos sistema público” (ANDRADE, Edson, 2010, p. 71); (ANDRADE, Elizabeth, 2010, p. 71).

Ao considerar que a renda da maioria dos brasileiros não é suficiente para que os mesmos possam contratar um sistema de saúde privado, o SUS de fato faz a diferença na vida dessas pessoas, pois ele abrange serviços desde pequenos procedimentos realizados na atenção básica até mesmo atendimentos de alta complexidade.

## **2.2 Atenção Básica em Saúde**

A Atenção Básica em Saúde ou Atenção Primária em Saúde é considerada a porta de entrada do sistema único de saúde, que de acordo com Faria e Alves (2015, p. 73), “[...] surge da necessidade de expandir o acesso aos serviços de saúde a grandes parcelas de populações excluídas da assistência”,

A Atenção Primária à Saúde é o nível de um sistema de saúde que permite a entrada do indivíduo com novas necessidades e problemas, ofertando atenção longitudinal (não direcionada para a enfermidade) para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e que coordena ou integra a atenção fornecida em outros serviços que compõe a rede assistencial (ROCHA et al., 2015, p.88).

A Atenção Básica é regulamentada pela Política Nacional da Atenção Básica, que foi reformulada recentemente e atualmente está estabelecida na Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, a qual destaca que “A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde [...]” (BRASIL, 2017, p. 68). A principal forma da Atenção Básica se consolidar é por meio da Estratégia Saúde da Família, que através das equipes de saúde que atuam nas Unidades de Saúde ofertam os serviços para os cuidados primários.

A Atenção Básica pode resolver até 80% dos problemas de saúde da população. Isso ocorre desde que tenha o investimento necessário, somado ao trabalho em equipe nas Unidades Básicas, que farão os serviços de busca ativa, acolhimento à demanda, trabalhos com saúde coletiva, dentre outros (CAMPOS, 2007). Giovanela et al (2009, p. 784), ainda destaca que,

A atenção primária a saúde como estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para movê-la. A boa organização dos serviços de APS contribui a melhora da atenção com impactos positivos na saúde da população e a eficiência do sistema.

Considerando a Atenção Básica como o primeiro contato dos usuários aos serviços de saúde do SUS, vale ressaltar a importância do acolhimento. É através dele que os profissionais de saúde e os usuários se interagem e com isso abrem caminho para que a demanda daquele usuário seja atendida. Lopes et al (2015, p 116), ressalta que o [...] acolhimento é uma ação que deve existir em todas as relações de cuidado, no vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, na prática de receber e escutar as pessoas”. A efetividade da atenção básica depende principalmente da forma como se dá o processo de trabalho da equipe multiprofissional, os quais de forma conjunta conseguem ter um conhecimento maior da população descrita. Sobre o processo de trabalho Galavote et al (2016, p. 91), destaca que “a organização do processo de trabalho na APS é fundamental para que a equipe possa avançar na garantia tanto da universalidade do acesso quanto da integridade da atenção e da melhoria do bem estar e do próprio trabalho”.

Porém, vale ressaltar que mesmo a atenção básica sendo importante dentro das ações do SUS, podendo resolver até 80% dos problemas de saúde, as pessoas ainda tem a tendência de procurar mais o serviços de urgências do que os da AB, como destacado por Brava et al (2011, p. 348),

Embora o modelo assistencial brasileiro venha registrando esforços para reorganizar-se em direção a valorização e fortalecimento da AB no seu sentido mais ampliado, as unidades básicas de saúde não se configuram sequer como a principal “porta de entrada” do sistema. Como consequência, tem-se um fenômeno amplamente reconhecido em todo o mundo, que é a sobrecarga dos serviços de urgências com queixas de complexibilidade compatível com a AB.

Ou seja, é preciso ter uma educação continuada junto à população de forma a orientar sobre quando ela deve procurar os serviços de urgências e quando se deve procurar as unidades de saúde.

### **2.3 Programa Agente Comunitário de Saúde e Estratégia Saúde da Família**

O Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) foi criado em 1991 primeiramente no Nordeste devido ao grande índice de mortalidade infantil que havia nessa região. Era necessário fazer na região um trabalho de prevenção e orientação com as famílias, que visasse melhoria na qualidade de vida das pessoas. A figura do agente comunitário de saúde, inspirados nos agentes comunitários que faziam parte da Pastoral da Criança, movimento da Igreja Católica, que através de visitas domiciliares tinham o conhecimento das situações da família, surge para integra-se a este programa. Dessa forma, o Ministério da Saúde incorporou essas atividades nos serviços de saúde (BARROS et al., 2010).

Ao levar as mães para os serviços de pré-natal e puericultura, vacinar as crianças e estimular o aleitamento materno, a higiene e o uso de soro oral, o agente comunitário de saúde (ACS) fez cair em todo o Brasil, a mortalidade infantil após a primeira semana de vida (LAVOR, 2010, p. 19).

O PACS foi a primeira estratégia utilizada com o foco de sair do caráter curativo vigente até então, para a ideia de prevenção e promoção da saúde, como destaca Ávila (2011, p. 350), “nacionalmente o PACS configurou-se como a primeira dessas estratégias a ser implementada, criado para ajudar na promoção e prevenção da saúde no âmbito domiciliar e nível local, por meio de ações simplificadas e conforme pressupostos da Conferencia de Alma-Ata”.

O ACS é uma peça fundamental na Atenção Básica, pois são eles que têm o primeiro contato com as famílias através das visitas domiciliares. Através de orientações passadas para as pessoas, têm um papel fundamental na prevenção e promoção da saúde. Diante disso, o PACS inspirou a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Como ressalta Morosini et al (2007, p. 193), “o sucesso alcançado pelos municípios que adotaram o PACS criou condições e possibilidades para a formulação dos PSFs, cujas primeiras equipes começaram a ser formadas em janeiro de 1994 [...]”. Portanto, com a criação do PSF em 1994, os ACSs começaram a atuar vinculados nas unidades básicas de saúde.

O Programa Saúde da Família surge com objetivo de reorganizar a forma de tratar a saúde, não apenas focalizando no caráter curativo, mas priorizando a prevenção. Este

trabalho de prevenção já tinha se iniciado com a criação do PACS e torna-se mais intenso com PSF, que passa a contar com uma equipe multiprofissional, fazendo parte o médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, delimitando também o território de atuação da equipe (COSTA et al., 2010). De acordo com Souza (2008, p. 154), o programa tem por objetivos,

a) prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, resolutive e contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; b) intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; c) eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; d) humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; e) proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; f) contribuir para democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; g) fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; e (vii) estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social.

Devido a sua importância e poder de atuação, o Programa Saúde da Família passa de programa para Estratégia Saúde da Família, como destacado por Arantes et al (2016, p. 1500),

Em decorrência das suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), além da equipe mínima, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde; poderá vir a integrar profissionais da saúde bucal, cirurgião dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2017).

Dessa forma, tem a estratégia saúde da família a partir das equipes que estabelece um papel importante nas ações dentro da atenção básica, assumindo um compromisso em focar na prevenção e no cuidado às famílias acompanhadas por tais equipes, indo até mesmo além do campo da saúde,

[...] a ESF definiu-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre usuários dos serviços de saúde e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 158).

Assim compreende-se o quão importante são as atividades desempenhadas pela ESF, que de forma articulada com todos os profissionais da equipe proporciona melhoria na vida das pessoas, além de prestar os serviços de saúde.

## **2.4 Ciclo das Políticas Públicas e Políticas *Top Down* e *Bottom Up***

São inúmeros os problemas e as demandas de uma sociedade, sendo dever do poder público atender a essas demandas e procurar resolver tais problemas. Dessa forma, o Estado utiliza as chamadas políticas públicas para alcançar tal objetivo. Secchi (2012), destaca que o objetivo de uma política pública é resolver os problemas do coletivo, algo que seja de interesse da população. Cavalcanti (2007, p. 20), destaca que as políticas públicas,

São entendidas como feitas em nome do público, a política geralmente iniciada por um governo; as políticas públicas podem ser implementadas por atores do setor público, atores de setores privados ou ainda por atores não governamentais; a política pública é o que o governo pretende ou não fazer.

Souza (2006, p. 26), ainda enfatiza que,

As políticas públicas buscam ao mesmo tempo, colocar o “Governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e quando necessário propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação das políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultado ou mudanças no mundo real.

As políticas públicas são voltadas para a população e por isso vale ressaltar a importância da participação da sociedade para que de fato o objetivo da política pública seja alcançado, explica Farias (2013, p. 75),

Políticas públicas não estão restritas à burocracia pública na sua concepção e não podem ser reduzidas a políticas estatais. É necessário que o Estado trabalhe em parceria com a sociedade civil para que se desenvolva amplamente sua capacidade de cumprir seus papéis mais relevantes, visando garantir direitos mediante a implementação de políticas públicas.

Uma forma de compreender como é o processo de formulação de uma política pública é por meio do ciclo de políticas públicas, que pode ser entendido de acordo com Brancalion et al (2015, p. 3), “o processo de elaboração de políticas públicas, também conhecido como ciclo de políticas públicas, consiste em cinco atividades essenciais: definição da agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação”. A definição da agenda é o momento em que o problema identificado entra na agenda do governo para que seja analisado; a formulação são as possíveis políticas que podem ser usadas para auxiliar na

resolução do problema identificado; a tomada de decisão é a escolha das mesmas; implementação é o momento em que as ações escolhidas são colocadas em prática e a avaliação tem o objetivo de analisar a política pública na prática, ou seja, como se resultou frente ao problema apresentado (BRANCALEON, 2015). As fases do ciclo podem ser alternadas, não sendo uma sequência a ser seguida de forma rígida como explica Reader (2014, p.127),

[...] é possível que as sequências se alternem e as fases se misturem, mais importante do que a sequência que o ciclo apresenta é o entendimento de que a política pública é composta por estágios que possuem características específicas.

O ciclo das políticas públicas é descrito por Oliveira (2016, p. 88), como “uma simplificação teórica que visa compreender uma realidade bastante complexa: trata-se de um recurso teórico- metodológico, não sendo em si uma teoria”.

As implementações de políticas públicas podem ser entendidas por meio de duas correntes teóricas: *top-down* e *bottom-up*. A primeira corrente tem a característica da centralidade da formulação das políticas pelos formuladores, a qual desconsidera os aspectos locais em que a política será aplicada. Nesse modelo há um distanciamento entre formuladores e implementadores, por isso ela é considerada uma política hierárquica que segundo Segatto (2012, p. 3), “concebe a implementação, como uma fase de mera execução do que é formulado, ou seja, as metas, os recursos e o horizonte temporal são definidos apenas na formulação”. Desta forma, entende-se que para esse tipo de corrente, os objetivos formulados nem sempre estarão em acordo com o que o usuário precisa e sequer com a forma como serão executadas as políticas.

Programas feitos de acordo com o modelo *top-down* podem vir a não alcançar os objetivos da política pública, ou seja não atender a sociedade de forma eficaz, devido ao distanciamento que se tem dos formuladores e dos usuários. Secchi (2012, p. 47), destaca que “esse modelo é visualizado como estratégia política para “lavar as mãos” em relação aos problemas de implementação”. Ainda de acordo com o autor, no modelo *top-down* tem-se a ideia de que se a política foi bem planejada, a improdutividade da implementação é falha dos agentes executores.

Contudo, o modelo de realização de política *bottom-up* é feito de baixo para cima, cujos agentes executores e também os usuários têm maior liberdade em articular uma melhor forma de executar as políticas públicas (SECCHI, 2012). De acordo com Najberg e Barbosa

(2006, p.9), as políticas na abordagem *bottom-up* “parte dos atores sociais - públicos e privados - envolvidos na implementação dos programas e examina os seus objetivos pessoais e institucionais, suas estratégias, e sua rede de contatos”.

Nesse tipo de modelo, os agentes implementadores precisam contar com certa discricionariedade para a tomada de decisão, para que assim, juntamente com os usuários possam de fato fazer com que as políticas funcionem.

## **2.5 Burocratas do Nível de Rua**

Nos modelos de políticas *top down* percebe-se que há um distanciamento entre os formuladores de políticas públicas com os usuários, devido ao poder de decisão centralizado. Dessa forma, muitos dos objetivos das políticas públicas podem não ser alcançados. Diante disso, nota-se a importância dos executores de políticas públicas, destacando-se os burocratas de nível de rua. Tal profissional que tem como característica principal atuar em contato direto com os cidadãos.

Segundo Lotta (2012), é por meio desses profissionais que o público consegue ter acesso aos seus direitos frente à administração pública, devido à interação existente entre eles. Oliveira (2012, p. 1553), destaca que “todavia, o agente de base tem de ir além da execução dos programas, porque muitas das vezes os formuladores deles não sabem o que querem atingir com eles ou não sabem como alcançar os objetivos deles”.

Para desempenhar sua função, esses profissionais precisam contar com a discricionariedade, podendo ter autonomia para tomar decisões diante de situações frente aos cidadãos-usuário. De acordo com Ferreira e Medeiros (2016, p. 780), entende-se por discricionariedade “[...] liberdade que tem o servidor público para tomar uma decisão de escolha dentre, pelo menos duas situações cabíveis perante cada caso concreto”.

Essa discricionariedade ajuda na interação entre implementador e usuário, o que facilita na hora de prestar o serviço público. Essa interação faz com que o profissional que tem contato direto com o indivíduo possa tomar suas decisões a partir do conhecimento das necessidades desses indivíduos. Porém, essa interação pode fazer com que tenha um impasse entre agir de forma impessoal - sendo o que a lei pede que os servidores públicos façam - ou tratar os cidadãos de acordo com suas necessidades (FERREIRA; MEDEIROS, 2016).

Os agentes comunitários de saúde podem ser considerados profissionais burocratas de nível de rua devido suas atividades serem desempenhadas em contato direto com a população. De acordo com Lotta (2010, p. 15), “inseridos no Programa Saúde da Família,

estes agentes são burocratas (no nível de rua) responsáveis por colocar em prática nos domicílios dos usuários, as ações de atenção básica a saúde”.

Durante a realização de suas atividades, os ACSs conseguem ter uma aproximação maior da população e essa proximidade permite uma interação entre ambos, o que é importante para o bom desempenho das políticas públicas no seu nível operacional. Lotta (2010, p. 56), destaca que,

[...] os agentes de implementação lidam, em sua prática, com processos de interação que envolve diferentes valores, referenciais e identidades. Nesses processos de interação, portanto, entram no contexto as mais variadas identidades, demandas, necessidades e referenciais, além de constrangimentos e normas institucionais, que devem ser negociados para a construção das práticas de implementação.

Diante disso é possível perceber a importância do trabalho desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde, que além de conhecer a demanda existente pelos serviços de saúde auxiliam também entre outras áreas.

## **2.6 O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde**

O agente comunitário de saúde tem um importante papel dentro da equipe da saúde da família e também para a comunidade. É o profissional que tem um maior contato com as famílias. Através dos cadastramentos das famílias e das visitas domiciliares o ACS conhece mais de perto a realidade da população de sua área de atuação e com isso planeja suas ações juntamente com os demais profissionais da equipe. “O ACS tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe” (BOVIOT, 2016, p.22),

Os ACS constituem-se em profissionais ativos para motivar a população e promover a melhoria de sua capacidade quanto aos cuidados com a saúde. Desse modo, transformam-se em atores imprescindíveis para as ações que envolvem o desenvolvimento psíquico, físico, econômico, político e social da população (BARALHAS; PEREIRA, 2013, p.359).

Gomes et al (2015, p. 1644), descrevem que “[...] o ACS é o profissional que ocupa o lugar de destaque na atuação em saúde na perspectiva da Educação Popular. Como alguém que faz parte da comunidade, o ACS conhece e vivencia as demandas trazidas pelos moradores[...]”.

A profissão de agente comunitário de saúde foi regulamentada pela Lei 10.507, de

2002 que depois foi revogada pela Lei 11.350, de 2006, e atualmente está em vigor a Lei 13.595, de janeiro de 2018 que altera a Lei 11.350. Em 2004 o Ministério da Saúde (MS) deu início ao curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, que segundo Barros et al (2010, p. 82), “essa estratégia objetivava investir na adequação da escolaridade e na definição do perfil profissional, favorecendo a autonomia intelectual de forma a incorporar definitivamente o ACS no quadro dos trabalhadores de saúde”. O curso foi estruturado com carga horária de 1200 horas, divididas em 03 etapas, porém, até 2007 apenas a primeira etapa tinha sido aprovada com financiamento do MS (BARROS et al., 2010). Atualmente, o Ministério da Saúde tem a proposta de formar mais de 250 mil agentes comunitários de saúde em técnicos de enfermagem através do PROFAGS (FRASÃO; MACIEL, 2018).

De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece algumas mudanças na PNAB de 2012, são atribuições dos ACSs,

I- Trabalhar com descrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético; IV - 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 coletividades; V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados; VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados; VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal (BRASIL,2017).

Uma das principais mudanças dessa portaria foi incluir também como atribuições dos agentes comunitários de saúde aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar, realização de curativos e orientação e apoio em domicílio em relação à administração de medicamento a pacientes com vulnerabilidade (BRASIL, 2017).

O agente comunitário deve ter como característica a boa comunicação, o caráter humanitário, levando junto à equipe a situação das famílias. “Por ser morador da comunidade

e estar em contato permanente com as famílias, pode facilitar o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizada por toda a equipe” (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010, p. 1510). Destaca-se como sua principal função a visita domiciliar, realizada mensalmente às famílias, Kebian e Acioli (2011, p. 404), pontuam que “a visita domiciliar permite um olhar in loco da realidade das família e se constitui em importante instrumento na ESF. Um estudo destaca a visita domiciliar como principal tarefa do ACS, com um percentual de 30,5% entre várias atividades”.

Os ACSs durante a realização de seu trabalho passam por algumas dificuldades, como exposição ao sol e chuva, corre risco de ser mordido por cachorros, picada de insetos, tendo mais possibilidades de contrair doenças contagiosas (LIMA, 2011). Desta forma, é importante que o poder público forneça para os agentes materiais como protetor, capa de chuva e bonés, para diminuir os riscos de exposição desse profissional. Outro fator importante é a dificuldade em desempenhar suas funções em consideração à forma como algumas pessoas os tratam. Por se tratar de saúde e levando em conta que é uma das principais fragilidades do ser humano, esses profissionais levam a culpa em inúmeros momentos por falhas do sistema, cujos problemas não têm o poder de solucionar. De acordo com Baralhas e Pereira (2013, p.359),

[...] os ACSs encontram-se em diferente situação relativamente aos outros membros da equipe de saúde, pois enquanto o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem estão quase todo o tempo sob certa proteção da Unidade Básica de Saúde (UBS), os ACS estão nas ruas, expostos às várias situações, em nome da UBS, em ocorrências imprevistas, acolhidos em alguns momentos, mas em outros, expostos a circunstâncias conflitantes, podendo até enfrentar a estranheza da população.

Para enfrentar os problemas do cotidiano é importante que os agentes comunitários dialoguem com sua equipe e com o gestor do município, para que de fato se tenha melhoras na qualidade de vida da população. Deve-se ganhar a confiança da população para que esta acredite no seu trabalho e possa vê-lo como um representante da comunidade que busca melhorias para as famílias, não apenas no âmbito da saúde, mas também nas demais áreas.

Os agentes de saúde são os profissionais da equipe saúde da família que estão mais propícios a picos de estresse, por atuar diretamente com os problemas da população, além de desenvolver funções que não são de sua competência, como por exemplo, serviços administrativos. Ademais, ao desenvolver seu trabalho junto às famílias, esses profissionais se deparam com questões que vão além de seu poder de resolubilidade, como famílias que vivem em situações de extrema pobreza, fazendo com que os agentes de saúde fiquem

frustrados (SAMUDIO et al., 2017). Os autores ainda destacam que a forma como é feita o planejamento das ações dentro da equipe também podem servir de desmotivação para os agentes, visto que muitas das vezes são feitas distinções sobre ações mais importantes e ações menos importantes, desvalorizando o trabalho feito pelos ACSs.

A cobrança feita pela comunidade excede a carga horária desse profissional, que são abordados em diferentes locais, mesmo não estando dentro da sua área e horário de trabalho, o que faz com que aumente ainda mais o seu nível de estresse (GARCIA et al., 2017). Isso se agrava quando por não ter suas atribuições bem delimitadas, os ACSs sofrem com um acúmulo de funções, de acordo com Tomaz (2002, p. 86),

Por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, seu papel tem sido distorcido sobrecarregando, muitas das vezes seu trabalho. Qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é atribuída ao ACS. A questão salarial também é algo que faz com que se tenha desmotivação por parte dos ACSs. Assim a identificação de crianças fora da escola, a limpeza das caixas d'água para combater o mosquito da dengue, a reclamação ao proprietário de uma pocilga instalada numa área urbana, tudo isso e muito mais é de responsabilidade do ACS.

Existem duas formas de atuação dos agentes comunitários de saúde,

[...] um mais estritamente técnico relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para a prevenção e 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 da vida, mas também no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições (DALMASO; SILVA, 2002, p. 77).

Dessa forma, os ACSs têm um papel extremamente importante dentro da comunidade, além da promoção da saúde fazer com que a comunidade se articule para alcançar seus direitos em diferentes áreas, como bem destacado por Malfitano e Lopes (2009, p. 366-367),

[...] as demandas que chegam ao ACS não se restringem às ações de saúde básica, nem se quer ao campo da saúde. O ACS é visto pelo seu vizinho como alguém que pode auxiliar, pois está inserido no serviço público, o que facilita a comunicação e a apresentação de suas demandas naquele momento, demanda estas que podem ou não estar relacionada a ação de saúde básica, mas que são na maioria das vezes, ações sociais básicas.

Castro et al (2017, p. 295), enfatiza que o Agente de Saúde “trata-se de um recurso humano de caráter nuclear para que se possa implementar ações de promoção e novas formas de perceber e praticar a atenção à saúde, envolvendo os indivíduos, seus saberes e contextos”.

Gomes et al (2016, p. 164), relata que a comunidade às vezes desconhece de fato as atribuições dos ACSs e com isso acabam por demandar serviços que estão além de sua função,

Observa-se, porém, que a visão da comunidade sobre as funções exercidas no cotidiano do trabalho pelo ACS, está muita das vezes associada à aferição de sinais e sintomas, ligada a uma compreensão biométrica de saúde. Demanda esta que fortalece a dimensão de trabalho de ACS como diversa, tendo suas atribuições ainda arraigadas a uma compreensão curativa[...].

Ao ver a demanda da população, o ACS percebe que ainda pode oferecer mais à população, como destaca Gomes et al (2016, p. 1641-1642), “[...] o fato de não possuir uma preparação técnica como os demais profissionais da ESF é visto pelo ACS como uma falha, ao mesmo tempo em que acredita que se realizassem ações mais concretas estaria sendo mais útil à população”.

A princípio, quando os ACSs iniciaram seu trabalho era exigido apenas que estes soubessem ler e escrever e como requisito essencial morar na comunidade onde ele atuasse. Porém, como esses profissionais foram ganhando espaço significativo dentro da ESF, a partir da Lei 10.507/02 foi colocado como requisito mínimo o ensino fundamental completo (MULLER et al., 2012). Ainda segundo Muller et al (2012, p. 173), “o papel do ACS foi ampliado, saindo do foco materno infantil para estender-se à família e a comunidade, exigindo deles novas competências no campo político social”.

Existe, atualmente, o curso Técnico em Agente de Saúde, porém não são todos os municípios que oferece. Vale ressaltar, que não é preciso ser formado neste curso para exercer a profissão de ACS. De acordo, com a legislação vigente, para o exercício da profissão é preciso: residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; ter com aproveitamento o curso de formação inicial com carga horária mínima de quarenta horas; ter concluído o ensino médio, sendo que a cada dois anos os ACS e ACE passarão por cursos de aperfeiçoamento (BRASIL, 2018).

Recentemente, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS), cujo objetivo é capacitar os ACSs e ACEs em técnicos de enfermagem. Tanto na nova PNAB aprovada, quanto na atual lei do ACS e ACE, consta atribuições típicas de técnico de enfermagem que poderão ser realizadas pelos ACSs, desde que com treinamento específico e assistidos por profissionais de saúde de nível superior (BRASIL, 2017).

A profissionalização dos ACSs deve ocorrer em conformidade com seu papel dentro da comunidade, sua atuação para ocorrer de forma eficiente não precisa, necessariamente, ocorrer através de uma formação em técnico de enfermagem (JUNGES, 2008).

## 2.7 PROFAGS

O Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS) foi criado pela portaria GM/MS nº 83, de 10 de janeiro de 2018, sendo financiadas 250 mil vagas para o curso de técnico e enfermagem para ACS e ACE em todo o Brasil. O curso será totalmente gratuito e as escolas que tiverem interesse em ofertá-lo terão que ser habilitadas pelo Ministério da Educação, podendo ser pública ou privada e estar dentro do que é exigido no edital de credenciamento nº 1/2018. São objetivos do PROFAGS,

I - ampliar e diversificar a educação permanente ao profissional de saúde atuante na Atenção Básica no SUS; II - contribuir para a adequada capacitação e qualificação dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias para atuação no SUS; III - estimular a formação de Agentes de Saúde no curso técnico de enfermagem, considerando as especificidades regionais, as necessidades locais e a capacidade de oferta institucional de ações técnicas de educação na saúde; IV - fortalecer as instituições de ensino com foco na formação de profissionais de nível médio para o SUS; e V - contribuir para a ampliação do escopo de práticas na Atenção Básica, com vistas ao aumento da resolutividade destes serviços (BRASIL, 2018).

São requisitos para participar do programa,

I - estar em exercício profissional como ACS ou ACE, em órgão ou entidade vinculada à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); II - haver concluído o ensino médio; III - possuir 18 (dezoito) anos completos; IV - estar vinculado a estabelecimento de saúde regularmente registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; V - apresentar declaração de anuência do gestor local do SUS, conforme modelo do Anexo I a esta Portaria; VI - firmar Termo de Compromisso, conforme modelo do Anexo II a esta Portaria; e VII - não possuir formação técnica em enfermagem (BRASIL, 2018).

Se não existir instituição credenciada no município, o aluno poderá se inscrever no curso em municípios circunvizinhos. A não conclusão do curso por abandono caberá processo administrativo para ressarcimento dos custos arcados pelo Ministério da Saúde. Será criada também uma comissão técnica para melhor gerir as ações do programa (BRASIL, 2018). No dia 8 de março o Conselho Federal de Enfermagem divulgou um parecer se posicionando contra o programa, ressaltando que tal proposta poderá trazer danos para a Atenção Primária à saúde, pois irá descaracterizar a figura do agente de saúde que tem um papel importante dentro das ações de prevenção e promoção. Além disso, foi ressaltado no Parecer nº 01/2018 que em nenhum momento a portaria MS 083/2018 relata a obrigatoriedade desses profissionais estarem regularizados perante ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), órgão fiscalizador e regulador da profissão.

Com percepções semelhantes, Barbosa e Nogueira (2018, p. 393) destacam que,

Outra potencial repercussão é a eminente descaracterização profissional que a formação em enfermagem produzirá no processo de trabalho dos agentes. O trabalho do ACS é constituído por práticas que incluem mobilização social, interlocução entre os saberes biomédicos e os saberes populares, reivindicação por direitos sociais, mapeamento e acompanhamento das condições socio sanitárias dos territórios que são determinantes no processo de saúde e doença, na produção de informações, na construção de redes de apoio social, no planejamento e execução de ações educativas em saúde.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), também divulgou nota contra o programa por meio de um parecer técnico no mês de março de 2018, enfatizando os riscos que as ações de prevenção de doenças sofrerão caso adotadas tais propostas. Foi destacado também que não houve um debate com os principais atores envolvidos no processo.

O processo de elaboração e pactuação da proposta do PROFAGS ocorreu no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Não houve debate adequado e suficiente que envolvesse as instituições de ensino, os trabalhadores ACS e AC, os sindicatos as instâncias de controle e participação social, ou representantes das Federações, Confederações, Associações e demais entidades organizadas da categoria profissional.

Dessa maneira, entende-se que ambas as portarias vêm levantando debates entre pesquisadores e profissionais da área da saúde.

### **3 METODOLOGIA**

O presente trabalho pode ser classificado como uma pesquisa exploratória, pois busca analisar os impactos que a Portarias nº 2.436/2017 e a Portaria nº 83/2018, publicadas recentemente, trará para o trabalho do agente comunitário de saúde. A pesquisa exploratória é usada quando possui poucos estudos sobre o tema estudado e que segundo Gil (2008, p. 46), “[...] constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla. Quando o tema escolhido é bastante genérico, tornando-se necessários seus esclarecimentos e delimitação [...]”.

Previamente, foi feito uma pesquisa bibliográfica, que de acordo com Fonseca (2002) são levantamentos do que outros autores já discorreram sobre o assunto, podendo ser encontrado por meio de artigos, livros, sites, dentre outros. Segundo Gil (2002) esse tipo de

pesquisa é necessário em quase todos os tipos de estudo.

Além da pesquisa bibliográfica foi realizada uma pesquisa de campo, onde Fonseca (2002) ressalta que é a forma de se coletar dados juntamente com pessoas. A forma complementar de coleta de dados foi por meio de entrevista, que é uma das maneiras de coletar dados mais usados em pesquisa de campo (BONI; QUARESMA, 2005). Ainda segundo as autoras é por meio da entrevista que se consegue coletar dados subjetivos, cujas pessoas podem expressar suas opiniões, crenças, valores. O tipo de entrevista utilizada foi a semiestruturada que segundo Oliveira (2011, p. 36) “[...] podem ser definidas como uma lista das informações que se deseja de cada entrevistado, mas a forma de perguntar (a estrutura da pergunta) e a ordem em que as questões podem ser feitas irão variar de acordo com as características de cada entrevistado”.

Foi realizada uma entrevista piloto com dois agentes comunitários de saúde de uma das Unidades Básicas de Saúde do município de Bom Sucesso - MG. De acordo com Bailer, D’ely e Tomitch (2011, p. 130), “[...] o estudo piloto permite testar os instrumentos, garantir que cada um renderá resultados próprios para responder as perguntas de pesquisa; antever resultados; avaliar a viabilidade e utilidade dos métodos de coleta em cada fase [...]”.

Segundo a análise dos dados, a pesquisa se classifica como qualitativa, que de acordo como Minayo (2011), é o tipo de pesquisa que se destaca por buscar respostas de questões particulares dentro das ciências sociais que não podem ser quantificadas. A análise dos dados se deu em destacar quem eram assertivos e contrários a propostas, destacando os principais argumentos por meio de trechos das entrevistas.

### **3.1 Caracterização do Objeto de Estudo**

O município de Bom Sucesso - MG tem uma população de 17.224 segundo censo de 2010. Atualmente conta com 08 Unidades Básicas de Saúde, num total de seis equipes de saúde da família. São 85 profissionais, sendo 7 médicos, 7 enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem, 8 dentistas, 8 auxiliares de saúde bucal e 40 agentes comunitários de saúde, atuando dentro das unidades básicas, além dos PSFs, o município conta com os serviços de saúde oferecidos pela Santa Casa.

As unidades de saúde oferecem à população serviços como: vacinação, consultas com clínico geral e pediatra, exame Papanicolau, tratamento dentário realizado pela equipe de saúde bucal, atendimento psicológico realizado por profissionais do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), puericultura, grupo de ginástica, teste rápido de HIV, hepatite B, hepatite C, sífilis, curativos na unidade e também no domicílio, retiradas de pontos, glicemia

capilar, aferição de pressão arterial, eletrocardiograma, teste do pezinho, administração de medicamentos oral e injetável, realização de biópsias de útero, cauterização e inserção de DIU, acompanhamento de hipertensos, diabéticos, crianças e gestantes.

O município possui uma Santa Casa onde além de realizar os atendimentos presta serviços de realização e também cede consultórios para consultas de especialidades marcada pela secretaria de saúde. A Santa Casa não possui infraestrutura para casos emergências, sendo assim os pacientes que chegam em estado grave são encaminhados para os municípios de referência, muitas das vezes utilizando o sistema SUS fácil.

Exames mais complexos como: tomografia, ressonância, mamografia, dentre outros, não são feitos na cidade, com isso a secretaria recorre a outros municípios que tenham tais serviços, utilizando muitas das vezes dos consórcios municipais.

O município ainda conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde são realizados trabalhos com pacientes com problemas mentais, e também atendimentos com psiquiatra e psicólogo. O CAPS ainda é responsável por encaminhar pacientes dependentes de álcool e droga para internações. Possui uma clínica de fisioterapia que atende todos os pacientes do município.

## **4 ANÁLISE E DISCUSSÃO**

### **4.1 Conhecimento dos ACSs sobre as portarias e seus impactos na profissão pela visão dos ACSs**

Foram entrevistados 20 agentes comunitários de saúde e também o gestor de saúde do município de Bom Sucesso - MG. Constatou-se que apenas 01 dos ACSs não tinha conhecimento dessas portarias devido sua contratação recente, os demais ACSs tinham conhecimento, porém de forma superficial, sem aprofundamento sobre as respectivas portarias. Diante disso, percebe-se que mesmo sendo um assunto importante para o desempenho das ações dentro da atenção básica, há pouco interesse dos agentes em ter conhecimento sobre tais portarias.

Essas novas atribuições colocadas pela Nova Política de Atenção Básica trarão mudanças na forma como é desempenhado o trabalho do agente de saúde, visto que são funções mãos técnicas, diferente do que de fato é seu papel dentro da equipe de saúde da família. Por ter características típicas de burocratas de nível de rua como destaca Lotta

(2010), estando em constante contato com a população, eles acreditam que será algo bem aceito por esta. Como ressaltado pelos agentes entrevistados, a população desconhece o papel do agente comunitário e com isso tem uma visão simplista do que é seu trabalho, criando até situações de conflitos (BARALHAS; PEREIRA, 2013), destacado também na fala de um dos ACSs, quando questionado sobre o conhecimentos que a população tinha sobre as atribuições dos agentes de saúde que,

Além de não saber qual é a real função dos agente de saúde eles não valorizam o agente de saúde né? Muitas das vezes o paciente te pergunta, o que você veio fazer aqui? Por que você está aqui? Precisa de mim? Não vou sair ai na porta não. Não vou te atender não. Realmente não conhece e a gente tem que ficar explicando qual é a nossa função, porque que a gente foi, e tenta conquistar o paciente ne? (ACS A, 2018).

Desta forma, essa atribuição mais técnica, que poderá ser realizada pelos ACSs, é vista como se tivesse levando algo de concreto até as pessoas, já destacado por Gomes et al (2016), podendo assim, serem melhor recepcionados pela população, como pontudo pelo ACS D (2018), “ah, eu acho que a gente vai ter coisa, como posso dizer? Palpável para fazer entendeu? Pode até ser mais trabalho né? Dando mais coisas pra gente fazer, mas acho que vai ser bom pra gente também”.

No que diz respeito ao impacto que essas novas atribuições trarão para a profissão do agente comunitário de saúde, estes se posicionaram com visões contrárias, sendo que 09 agentes destacaram-se assertivos à proposta de formar-se em técnico de enfermagem através do PROFAGS, relevando a importância da aquisição de conhecimento sobre patologias clínicas, a fim de informar melhor a população, além de auxiliar na resolução de problemas mais pontuais, como destacado pelo ACS J (2018),

Eu acho que melhoraria muito viu, porque a gente estudando técnico de enfermagem vamos ter mais conhecimento sobre as doenças, sobre as coisas, por exemplo, se você chegar numa casa para fazer uma visita e tiver uma pessoa enfartando, você já sabe o que é um infarto, já vai encaminhar para o hospital, se tiver com a parada ali na hora você já sabe o que tem que fazer e pode começar a massagem ali mesmo, e, por exemplo, se a pessoa tiver tendo um AVC , você já sabe, vai ter uma visão melhor sobre uma patologia no caso né?

A questão do conhecimento sobre doenças destacado na fala do ACS J (2018) é algo, que não necessariamente, precisaria de uma formação em técnico de enfermagem. Cursos de capacitação para as pessoas que ingressam na profissão e o aperfeiçoamento ao longo do

tempo já traria melhoras, questão também já relatada durante a entrevista,

Em primeiro lugar eu acho que deveríamos ter sido capacitados como agentes de saúde, ter tido mais cursos de prevenção, nos capacitar como técnicos em enfermagem eu acho que seria um serviço a mais para o agente e ele teria que está fazendo o serviço de um técnico de enfermagem dentro da casa de um paciente, eu acho que o rendimento do trabalho não seria o mesmo [...] (ACS G, 2018)

Antes não era exigido, porém com a legislação nº 13.595/18 terá que ocorrer. Outro aspecto ressaltado durante a entrevista foi em relação à unidade de saúde ficar com um número grande de pacientes aguardando procedimentos, resultando em demora para o atendimento pelo fato do número restrito de técnicos de enfermagens e enfermeiros nas unidades de saúde,

[...] quantas coisas assim, a gente vai poder fazer nas casas das pessoas, assim, as vezes até fazendo desacomular o PSF de pessoas, que tem dia que é lotado de gentes, cada um querendo uma coisa, sobrecarregando as técnicas de enfermagem ne? [...] (ACS N, 2018).

O número de técnicos de enfermagem alocados nas unidades não é o suficiente para atender a demanda de toda a população, o que ocasiona filas nas unidades a espera de procedimentos e pacientes que deixam de ser acompanhados em casa por esses profissionais. Ou seja, os agentes capacitados para desempenhar atribuições também de técnico de enfermagem, ajudaria também no trabalho realizado pelos técnicos de enfermagem das equipes, como também pontuado por outro ACS,

Eu creio que melhoraria o atendimento à população, porque as vezes a aferição de uma pressão, de uma glicemia que a gente poderia estar fazendo naquele horário ali, a pessoa tem que ficar esperando uma semana, quinze dia, por uma coisa que é simples e que a gente poderia estar resolvendo [...] (ACS K, 2018).

O número de ACSs que se posicionaram contra a formação pelo PROFAGS foram 08, dos 20 entrevistados, que entre alguns questionamentos contra as propostas, a mais comum, foi a respeito do excesso de funções que já existe sobre os agentes, e que de acordo com estes profissionais, aumentaria ainda mais, como ressaltou o ACS C (2018), “[...] eu acho que pode acarretar vários sobre cargos né? E acabando a prevenção ficando de lado tratando somente da doença, porque cada agente de saúde trabalha com uma quantidade de pessoas e tem que dar conta de todos”. Diante disso, entende-se que agregar mais atribuições aos ACS, trará prejuízo naquilo que é sua principal função, que é a prevenção, como pontua o ACS W (2018),

Acaba sendo que metade do tempo a gente fica aqui na unidade básica de saúde, a outra metade a gente fica nas ruas, sendo que essa outra metade que a gente fica na rua, a gente fica ouvindo queixas certo? ouvindo problemas e tentando resolver esses problemas, levando esses problemas da rua para a unidade, junto com a enfermeira, para a gente tentar resolver. Na prática essas duas portarias iria extinguir esse tipo de serviço, essa outra metade que é o serviço de rua, porque ia sobre carregar o agente de saúde, tanto dentro da unidade básica, tanto quanto na rua, porque não teria tempo o suficiente para realizar todas as visitas e muito menos para atender toda a população do jeito que o Ministério está sugerindo.

Além de realizar seu trabalho junto à comunidade, o que faz com que ultrapasse sua carga horária de trabalho, como destacado por Garcia et al (2017), os agentes realizam serviços de recepção, pois as unidades do município não possuem recepcionistas, serviços burocráticos como cadastramento e atualizações no programa E-SUS e serviços juntos à secretaria de saúde. Demonstrando que a própria gestão não tem definido quais são as atribuições dos agentes de saúde, que realizam serviços que se caracterizam como desvio de função, resultando em sobrecarga a esse profissional.

Dos 20 ACSs entrevistados, 03 evidenciaram pontos positivos e negativos dessa proposta, compreendendo a importância dessa formação dos agentes para melhorar o serviço prestado à população, entretanto ressaltam como será desempenhado o trabalho do ACS a partir de então, a fim de evitar acúmulo de funções, como destacado nessa fala de um dos ACSs entrevistados,

É importante né, olhar direitinho os projetos para estudar os tipos de opiniões, de fazer reuniões com o pessoal da Saúde, os agentes, enfermeiros coordenadores, o secretário, daí a importância de reunir, de conversa, enfim da equipe tá atualizada dos pensamentos dos outros. Não é tipo assim o governo estipulou isso e vamos fazer, é o agente de saúde que tá ali cara a cara mesmo (ACS N, 2018).

Na fala desse ACS, percebe-se que por ser uma política de modelo *top down*, há um distanciamento entre os formuladores e implementadores. O agente é quem está em contato com os usuários e sabem da realidade local, ao contrário de quem está formulando, podendo assim ocorrer falhas na implementação, em muitos momentos recaindo sobre quem executa, como destacado por Secchi (2012). Um dos ACS em sua fala, também destacou a dificuldade de assimilar teoria e prática, justamente pelo não conhecimento do que de fato é a realidade vivenciada por esses profissionais executores de políticas públicas “ter um curso assim tudo bem, mas não é só isso né? Foi aprovado tudo bonitinho mas teoria uma coisa prática é outra né? [...] as a nossa realidade eu acho que é bem outra né 10 anos que vai fazer 11 anos eu

não vejo assim tanto melhora não”. Isso mostra que políticas de modelo *bottom up* é o mais viável, pois leva em consideração a opinião dos executores das políticas que vivenciam de fato o que acontece na realidade e sabem como articular suas ações para o alcance dos objetivos propostos, Secchi (2012).

Destacou-se outros pontos durante a entrevista, como a questão salarial, visto que os agentes passarão a exercer mais funções, destacado pelo ACS E “será que iria aumentar também o nosso salário, ia ter direito a insalubridade o que eles têm direito né?, [...] tem que aumentar um pouquinho o salário porque vai aumentar o serviço” (ACS J, 2018) e também a questão da aptidão em desenvolver as atividades de técnico de enfermagem, como por exemplo, estar em contato com feridas para a realização de curativos, administrar medicamentos venosos, que muitos destacaram não ter,

Seria positivo apenas para o meu currículo, porque aptidão para técnico em enfermagem eu não tenho. A minha profissão é agente de saúde, são duas profissões diferentes, então se for questão de obrigatoriedade, então eu teria que fazer, mas em questão de aptidão mesmo não é o que eu quero pra mim [...] (ACS W, 2018).

Outro ACS também levantou essa questão “[...] não sei se eu daria conta porque eu acho que tem que ter o dom para as profissões né? Eu gosto de ser agente de saúde mas eu acho que eu não gostaria de ser técnico em enfermagem [...]” (ACS A, 2018).

#### **4.2 Conhecimento do gestor de saúde sobre as portarias e sua perspectiva sobre o PROFAGS.**

O gestor de saúde do município assim como os ACSs entrevistados, possuem pouco conhecimento sobre as referidas portarias, porém posicionou-se favorável às propostas. Ele entende que essa formação dos agentes de saúde em técnico de enfermagem é algo que vai acrescentar para a atenção básica, como pontuou durante a entrevista, “é muito bem-vindo ao programa PSF, que o ACS é a porta de entrada dos pacientes aos serviços públicos e se ele sendo capaz de chegar na casa e resolver vários problemas vai ser muito bom” (GESTOR S, 2018). Dessa forma, percebe-se que o entendimento do que seja saúde para o gestor local e pelo o que é proposto pelas resoluções soa diferentes daquela entendidas por alguns ACS. Na percepção desses últimos saúde é visto não só como ausência de doenças, mas também como agir na prevenção trazendo melhoria na qualidade de vida das pessoas. Já pelas resoluções e também pela visão do gestor, saúde é entendida apenas como ausência de doenças, com isso, por não compreenderem a importância do trabalho de prevenção feito

pelos ACSs, justificam a necessidade de tal formação como meio de trazer maior resolutividade dentro da Atenção Básica. Além disso, foi ressaltado a importância em aperfeiçoar o que já faz parte das atribuições do agente.

Eu acho que ainda falta muito para os agentes, alguns fazem o trabalho direito e outros não, eu vejo aqui na nossa cidade pessoas que ficam hospitalizadas 5 até 10 dias no hospital, até mais tempo, recebe alta e o agente não vai visitar esse paciente que teve alta, para perguntar se tá tudo bem, se precisa de alguma coisa, mas eles não vão [...] (GESTOR S, 2018).

Um dos pontos colocados foi sobre o perfil dos ACSs, o qual precisa ter certas características para conquistar a confiança da população e assim poder planejar suas ações e ser bem aceito dentro da comunidade que ele trabalha, como destacado em sua fala. “A primeira coisa que ele tem que fazer é conquistar os pacientes, conquistar o espaço que vai trabalhar todo dia, eu não tenho que ir na casa buscar uma assinatura não, tem que ir para visitar, ele tem que ser esperado pela família” (GESTOR S, 2018). De fato, o ACS faz parte da comunidade e precisa ganhar seu espaço para que suas ações possam ser desenvolvidas de forma eficiente e dessa forma ajudar também o restante da equipe no trabalho da promoção e prevenção, como já colocado por Cardoso e Nascimento (2010).

O Gestor S (2018) ressaltou sobre o curso oferecido estar em consonância com o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), órgão que regulamenta e fiscaliza o exercício dos profissionais de enfermagem. Sendo uma questão pertinente, visto que as atividades de técnicos de enfermagem que serão realizadas pelos ACSs, não estando respaldadas pelo órgão fiscalizador, podem tornar-se um problema durante o desempenho do seu trabalho, ressaltado também no parecer técnico do Conselho Federal de Enfermagem (Parecer nº 01/2018), onde foi destacado que não consta na portaria que institui o PROFAGS a obrigatoriedade desses profissionais depois de formados estarem regularizados pelo órgão regulador.

Quando questionado sobre o interesse em aderir ao PROFAGS, o Gestor S (2018) mostrou interesse e também destacou a possibilidade de futuramente analisar a possibilidade das próprias escolas existentes no município se estruturarem para ofertar o curso de técnico de enfermagem,

Primeiro procuraria tentar inscrever o próprio município, nós temos duas escolas municipais em bom sucesso que tem o segundo grau, então porque não inscrever? Com o tanto de agentes que temos no município, dá para manter os cursos tranquilo no próprio município, com certeza eu faria de tudo

para inscrever o município, uma das nossas escola ao programa (GESTOR S, 2018).

Estas portarias em questão, não tratam com clareza a forma como serão desempenhado os trabalhos pelos agentes comunitários mediante a capacitação. Entende-se por meio delas que o objetivo do Ministério da Saúde é a capacitação dos ACSs em técnicos de enfermagem, com intuito de trazer maior resolutividade dos serviços prestados à população. Porém, não é convincente como isso deve ser feito pelos municípios, a capacitação não deve ser o único ponto que deve ser levado em conta, mas também outros fatores. Questionamentos de que forma essas novas atribuições serão acrescentadas à rotina dos agentes, sem que tenham perda de produção, são pertinentes e devem ser analisadas. Entende-se que essas novas propostas mudarão toda estratégia desenvolvida pela equipe saúde da família, que poderá apresentar pontos positivos e negativos.

A principal função do ACS é realizar as visitas domiciliares num período de 30 dias para todas as famílias cadastradas em sua microárea, é no decorrer das visitas que as orientações às famílias acontecem, exercendo seu papel como educador em saúde, esse trabalho previne que as pessoas apresentem quadros clínicos e patológicos. Um diálogo acurado com as famílias poderá diminuir os casos de pessoas hipertensas, diabéticas, obesas, quedas de idosos. Agente de saúde e técnicos de enfermagem são profissões distintas, que apesar de estarem dentro da saúde da família, têm objetivos diferentes. Fazer a soma de atribuições poderá acarretar na descaracterização do agente de saúde, como já destacado por Barbosa e Nogueira, 2018. Ressalta-se também a fala de um dos ACSs entrevistados,

Na minha opinião desvia um pouco da função do ACS que no caso seria a prevenção, o acompanhamento para a prevenção para que não chegue ao ponto de não, tornar hipertenso, diabético. O trabalho técnico do técnico em enfermagem é depois que a pessoa já está com a patologia. Está cuidando, estar monitorando é distinto a função de ACS e do técnico em enfermagem (AGENTE M, 2018).

No município estudado, conclui-se que as opiniões estão fragmentadas em relação ao Programa Técnico de Formação para Agentes de Saúde (PROFAGS). Por ser uma proposta recente e encontrar-se em discussão em diferentes âmbitos, inclusive municipal, inúmeros questionamentos foram feitos e demais serão incluídos em pautas, a fim de que a decisão do gestor de saúde em aderir ou não ao PROFAGS seja realizada.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas criadas a partir da Constituição Federal de 1988 foram de grande relevância para a população brasileira, na área da saúde destaca-se o Sistema único de Saúde (SUS). A partir do SUS foi possível conceder à população o acesso gratuito aos serviços de saúde que com seus princípios e diretrizes objetivou promover ao brasileiros acesso universal e gratuito a tais serviços. Serviços estes que poucas pessoas usufruíam anteriormente.

As políticas públicas em saúde foram paulatinamente ampliadas, advindo na criação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), de alta relevância para a Atenção Básica. O primeiro foi criado em 1991 inspirados nos agentes da pastoral da criança, movimento da igreja católica que faziam visitas domiciliares com o intuito de saber a realidade em que vivem as famílias. Com isso o Ministério da Saúde incorporou essas atividades nos serviços de saúde, surgindo assim a figura do agente de saúde. O PSF criado em 1994, resultado do bom desempenho do PACS e voltado para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Tal programa que passou a contar com uma equipe de saúde que focava em desenvolver mais ações preventivas do que curativas. Devido a suas potencialidades o programa passou a chamar Estratégia Saúde da Família.

O trabalho de prevenção é considerado prioritário dentro da Atenção Básica através do trabalho das equipes de saúde da família alocadas dentro das unidades de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), são imprescindíveis para a composição da equipe de saúde, entretanto não são devidamente valorizados. Contudo são peças fundamentais para criação de um vínculo da população e os demais profissionais da equipe, pois ficam em constante contato com a população através das visitas domiciliares realizadas mensalmente. Tais características desse profissional que o enquadra nos chamados burocratas de nível de rua, que atuam na linha de frente na execução das políticas em saúde.

A despeito de ser uma profissão antiga, os agentes de saúde tiveram sua profissão regulamentada em 2006 e as questões sobre sua formação permeiam até hoje. Em 2004 iniciou-se um curso Técnico de Agente de Saúde pelo MS, porém sem sucesso. Atualmente a profissão tem sua regulamentação pela Lei 13.595/18. Por não ter suas atribuições bem definidas acabam por ser sobrecarregados dentro das equipes, além do excesso de cobrança feito pela população, que por vezes não valorizam o trabalho realizado por eles.

Recentemente, o Ministério da Saúde com o objetivo de capacitar os agentes de saúde em técnicos de enfermagem, publicou duas portarias. A primeira, refere-se à Nova Política de Atenção Básica, que entre algumas mudanças, aborda também como atribuições dos Agentes de Saúde, incumbências típicas do técnico de enfermagem. A segunda institui o Programa Técnico de Formação para Agentes de Saúde (PROFAGS), cujo governo oferecerá aos ACSs curso de capacitação em técnicos de enfermagem totalmente gratuita. Tais portarias tem gerado algumas discussões e contraposições. Alguns órgãos como Conselho Federal de Enfermagem se posicionou contra e o Conselho Nacional de Saúde publicaram parecer técnico contrário a tais propostas, afirmando que ocorrerá uma descaracterização da figura do agente de saúde, além de por exemplo, não constar na resolução a obrigatoriedade destes e estar regularizados junto ao órgão que fiscaliza e regula os profissionais de enfermagem. Por ser tratar de políticas de modelo *top down*, a decisão do governo foi tomada de forma centralizada onde os principais atores não participaram da tomada de decisão.

Desta forma, ao fazer a pesquisa de viés qualitativo com os agentes de saúde e com o gestor de saúde do município de Bom Sucesso MG, conclui-se que a ausência de conhecimento detalhado a respeito das portarias tratadas neste trabalho é uma realidade. Os agentes de saúde estão com opiniões fragmentadas em relação a essa proposta do Governo. Aos que se propuseram de maneira assertiva, relataram ser necessária essa formação dos agentes em técnicos de enfermagem, a fim de maior presteza à população e decorrente destas

novas colocações, uma valorização da profissão, visto que a população veria a teoria atrelada à prática, por meio das novas atribuições. Por não terem um conhecimento de quais são as incumbências do ACS, uma parcela da população não considera o trabalho que eles realizam como algo importante. Temos como exemplo, que a aferição de pressão no domicílio, uma mensuração de glicemia poderá ser realizada durante a visita domiciliar, provocando na população concepções diferentes a respeito do agente comunitário de saúde.

Os que apresentaram como inválida a proposta de adesão do PROFAGS apontam, sobretudo, a sobrecarga de função que trará para os agentes de saúde. Devido ao excesso de atribuições de sua profissão ser uma realidade, além de pontuarem a necessidade de aptidão para exercer determinadas funções. Alguns se posicionaram destacando pontos positivos e negativos, compreendem ser importantes essa capacitação, visto que poderão ofertar mais serviços à população, porém ressaltarão a importância em se analisar como será feito o trabalho a partir de então para que não haja sobrecarga de função e consequentemente prejuízos nas atividades realizadas por eles.

O gestor de saúde local se colocou favorável à proposta e mostrou interesse em aderir futuramente ao programa, como também de futuramente ofertar o curso no próprio município adequando as escolas para tal. Porém, destacou-se a importância das atividades estar em consonância com o órgão regulador da profissão para que não se crie situações de conflitos. Ademais, destacou a importância de se melhorar aquilo que já é da atribuição do agente. Em sua fala ele ressaltou que alguns agentes do município falham no que é típico de sua função, como por exemplo, visitar crianças recém nascidas, pessoas que estavam internadas. Destacou também a questão do perfil dos ACSs, que precisam conquistar a população para ser bem aceito por ela.

Todavia, é preciso diálogo entre o gestor de saúde do município juntamente com os agentes e os demais profissionais da equipe para melhor apreciação de tais propostas, não descartando a importância do trabalho de prevenção desenvolvido pelos ACSs. Capacitá-los em técnicos de enfermagem não é a única solução viável na busca de uma melhora para os serviços prestados pela Atenção Básica no município. Ademais, curso de aperfeiçoamento dentro daquilo que é a função do ACSs poderia trazer grandes benefícios para a melhoria nas condições de vida da população, que inclusive foi mencionado por um dos agentes entrevistados, o qual destacou a importância de primeiramente ser capacitado para trabalhar como agente de saúde.

Trata-se de um programa recente publicado pelo Ministério da Saúde, contudo o

município estudado não avaliou junto aos demais profissionais da atenção básica, inclusive com os próprios ACSs, a possibilidade de adesão ao PROFAGS. Vale ressaltar que é necessário levar em consideração todos os apontamentos levantados pelos agentes e também pelos órgãos que publicaram pareceres relativo ao programa. Recomenda-se que trabalhos futuros sejam realizados em municípios que tenham aderido ao programa, de forma a avaliar como os municípios estão articulando suas ações para que depois de capacitados, os agentes comecem a exercer as funções de técnico de enfermagem dentro da atenção básica, e posteriormente avaliar como tais ações impactaram no serviço feito pelo ACS, podendo servir de exemplos para outros municípios que tenham interesse em se inscrever no programa.

## REFERÊNCIAS

- AJBERG, E.; BARBOSA, N. B. **Abordagens sobre o Processo de Implementação de Políticas Públicas.** *Interface - Revista do Centro de Ciências Sociais Aplicadas*, v. 3, n. 2, p. 31-45, 2006.
- ANDRADE, E. N.; ANDRADE, E. O. **O SUS e o direito à saúde do brasileiro:** leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. *Revista Bioética*, v. 18, n. 1, 2010.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil:** revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1499-1510, 2016.
- ARAÚJO, G. C. S.; COSTA, I. C. C. **O SUS nos seus 20 anos:** reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.
- ARAÚJO, T. P. F. **Burocratas do Nível de Rua:** uma análise interacionista sobre a atuação dos burocratas na linha de frente do Estado. *Áskesis*, v. 3, n. 1, p. 45, 2014.
- ÁVILA, M. M. M. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará:** o caso de Uruburetama. Ceará, 2007.
- BAILER, C.; TOMITCH, L. M. B.; D'ELY, R. C. S. F. **O planejamento como processo dinâmico:** a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. *Intercâmbio. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem.* ISSN 2237-759X, v. 24, 2011.
- BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. **Prática diária dos agentes comunitários de saúde:** dificuldades e limitações da assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p. 358-365, 2013.
- BARROS, D.F. et al. **O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil.** *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 19, n. 1, 2010.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais.** *Em Tese*, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.
- BOVIOT, A. B. **A importância do agente comunitário de saúde para a Estratégia Saúde da Família:** a Unidade Básica de Saúde com Saúde da Família de Saturnino Braga, em Campos dos Goytacazes, RJ. 2017.
- BRANCALEON, B. B. et al. **Políticas Públicas conceitos básicos.** Universidade de São Paulo, 2015.
- BRASIL. Parecer nº 01/2018 PAD-COFEN 309/2018. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília 2018.
- BRASIL. Parecer Técnico nº 081/2018. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF

- CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. **Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 1509-1520, 2010.
- CASTRO, T. A. et al. **Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 25, n. 3, 2017.
- CAVALCANTI, P. A. **Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas.** Uma contribuição para área educacional. Universidade Estadual de Campinas. Campinas 2007.
- FARIA, L. R.; ALVES, C. A. **O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá.** Saúde e Sociedade, v. 24, p. 72-85, 2015.
- FARIAS, E. M. **Políticas Públicas e Controle Social.** B. ESMPU. Brasília, 2003.
- FERREIRA, V. R. S; MEDEIROS, J. J. **Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas.** Cadernos EBAPE. BR, v. 14, n. 3, p. 776-793, 2016.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da Pesquisa Científica.** 2002.
- GALAVOTE, H. S. et al. **O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 20, n. 1, 2016.
- GARCIA, A. C. P. et al. **Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 15, n. 1, p. 283-300, 2017.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.
- GIOVANELLA, L. et al. **Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, 2009.
- KEBIAM, L. V. A. **Visita Domiciliar: Espaço de Práticas de Cuidado do Enfermeiro e do Agente Comunitário de Saúde.** Rio de Janeiro, 2011.
- LOPES, A. S. et al. **O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários.** Saúde em Debate, v. 39, p. 114-123, 2015.
- LOTTA, G. S. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família.** Universidade São Paulo, 2010.
- LOTTA, G. S. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família.** 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- LOTTA, G. S. **O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade.** In: FARIA, C. A (org.). Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática. Editora PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012.

- MACIAZEKI-GOMES, R. C. et al. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1637-1646, 2016.
- MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios.** *Estudos avançados*, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, v. 25, 2011.
- MOROSINI, M. V. G. C. et al. **O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. O processo histórico do trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 189-211, 2007.
- MULLER, B. et al. **A profissionalização do agente comunitário na perspectiva da promoção da saúde.** *Cogitar e Enfermagem*, v. 17, n. 1, 2012.
- OLIVEIRA, A. **Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas.** 2012.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.** São Paulo, 2013.
- OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração.** Universidade Federal de Goiás. Catalão–GO, 2011.
- OLIVEIRA, V. E. **Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes.** *Saúde e Sociedade*, v. 25, p. 880-894, 2016.
- PEREIRA, S. H. **Estado social no sistema de saúde: EUA, França, Canadá, Inglaterra e Brasil,** 2011. Disponível em: <<https://sergiohenriquepereira.jusbrasil.com.br/artigos/219416093/estado-social-no-sistema-de-saude-eua-franca-canada-inglaterra-e-brasil>> Acesso em 20 de nov .2017.
- READER, S. **Ciclo de Políticas Públicas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas.** *Perspectiva em Políticas Públicas*. Vol. VII. Nº 13. Belo Horizonte, 2014.
- ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. **Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, p. 87-111, 2016.
- SAMUDIO, J. L. P. et al. **Community health agents in primary attention in brazil: multiplicity of activities and fragilization of training.** *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 3, p. 745-769, 2017.
- SECCHI, L. **Políticas Públicas: Conceitos esquemas de análises e casos práticos.** Florianópolis, 2012.
- SECCHI, Leonardo. **Análise de Políticas Públicas: diagnóstico de problemas, recomendações de soluções.** Florianópolis, 2012.

SEGATTO, C. I. **Análise da implementação de políticas públicas:** o Programa de Alfabetização na Idade Certa em dois municípios cearenses. *Temas de Administração Pública*, v. 4, n. 7, 2012.

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-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, p. 75-83, 2002.

SIQUEIRA, J. E. **25 anos do SUS:** o que há para comemorar? *Mundo saúde* (1995), p. 56-64, 2013.

SOUZA, C. **Políticas públicas:** uma revisão da literatura. 2006.

SOUZA, G. C.A.; COSTA, I.C.C. **O SUS nos seus 20 anos:** reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e sociedade*, v. 19, p. 509-517, 2010.

TOMAZ, J. B. C. **O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”.** Ceará, 2002.