

Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde

National Policy of Primary Healthcare 2017: implications in the work of the Community Health Worker

Thais Lacerda e Silva¹, Amanda Nathale Soares¹, Gislene Aparecida Lacerda¹, Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita¹, Danielle Costa Silveira^{1,2}

DOI: 10.1590/0103-1104202012404

RESUMO A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017 propõe alterações na composição e na atuação das equipes, com implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS). O objetivo deste estudo foi investigar os sentidos que os ACS, atuantes em territórios do Norte de Minas Gerais, imprimem às mudanças propostas pela PNAB e os possíveis desdobramentos para o seu trabalho e para o cuidado à população. Foram realizados oito grupos focais, com participação aproximada de 15 ACS por grupo, no período de julho a dezembro de 2018. Os resultados apontaram distintas implicações da PNAB 2017, que, por um lado, demonstram a possibilidade de ampliação do escopo de atuação do ACS com a população residente em áreas rurais e, por outro, revelam uma descaracterização da natureza do seu trabalho educativo, com ameaça à existência da categoria e fragilização dos princípios da universalidade e da integralidade na atenção à saúde da população rural. Há que se discutir as condições e a sobrecarga de trabalho do ACS que atua em área rural e a necessidade de reorganizar o processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde para fazer com que um cuidado mais ampliado e equânime chegue aos domicílios rurais.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Educação permanente. Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT *The National Policy of Primary Healthcare (PNAB) 2017 proposes changes in the composition and performance of the teams, with implications in the work of the Community Health Agent (ACS). The aim of this study was to investigate the meanings that ACS, acting in territories of the North of Minas, print to the changes proposed by the PNAB and the possible unfoldings for their work and the care of the population. Eight focus groups were carried out, with an approximate participation of 15 ACS per group, from July to December 2018. The results pointed out the different implications of the PNAB 2017 which, on the one hand, demonstrate the possibility of expanding the scope of the ACS together with the population residing in rural areas and, on the other, reveal a decharacterization of the nature of their educational work with a threat the existence of the category and the fragility of the principles of universality and integrality. It is necessary to discuss the conditions and workload of the ACS working in rural areas and the need to reorganize the work process of the primary healthcare teams in order to achieve a more extended and equitable care for rural households.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Family Health Strategy. Education, continuing. Community Health Workers.*

¹Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
thaislacerda@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída no Brasil buscando possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços que constituem porta preferencial do sistema de saúde, assim como desenvolver um cuidado integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas e das coletividades.

Em setembro de 2017, a Portaria nº 2.436¹ instituiu a nova PNAB, que consolida conceitos, reafirma princípios instituídos nas Políticas anteriores (2006 e 2011) e propõe mudanças significativas nas modalidades e na composição das equipes, com a flexibilização da carga horária de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS); a possibilidade de redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes; a não priorização da Estratégia Saúde da Família (ESF) do ponto de vista da indução financeira, além de mudanças nas atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde.

Estudos recentes vêm discutindo as implicações dessas mudanças no cotidiano de trabalho das equipes, no perfil de atuação do ACS e na produção do cuidado à saúde da população, com destaque aos riscos que a PNAB 2017¹ pode representar no aprofundamento das desigualdades de acesso e na garantia da integralidade do cuidado^{2,3}. Em estudo analítico sobre a PNAB 2017, Melo e colaboradores⁴ salientam que a priorização da atenção básica tradicional, a diminuição dos ACS, seja pela indefinição do número mínimo desses trabalhadores por equipe de saúde da família, seja pela sua não obrigatoriedade na composição das equipes de atenção básica, e a reconfiguração da natureza do trabalho do ACS são os propósitos centrais dessa política.

Nesse contexto, embora muito tenha sido discutido sobre as mudanças na PNAB 2017¹ que afetam a categoria dos ACS, ainda pouco se sabe, sistematicamente, sobre como os próprios ACS compreendem essas mudanças. Assim, e reconhecendo o ACS como um agente de mudanças, com saberes e vivências sobre

seu trabalho, este estudo buscou investigar os sentidos que os ACS atuantes em diferentes territórios do Norte de Minas imprimem às mudanças propostas pela PNAB 2017 e os possíveis desdobramentos para o seu trabalho e para o cuidado à saúde da população.

Metodologia

Pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório, realizada com ACS de oito municípios da região ampliada do Norte de Minas Gerais: Bonito de Minas, Botumirim, Cônego Marinho, Itacambira, Pai Pedro, Santo Antônio do Retiro, São Francisco e São João da Lagoa. Considerando a importância de representar as diferentes características territoriais do Norte de Minas Gerais, selecionou-se aleatoriamente um município de cada uma das sete regiões de saúde em que o Curso de Qualificação de ACS foi ofertado, em 2018, pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Uma das regiões de saúde foi contemplada por dois municípios dada a proximidade entre eles. A distribuição dos municípios em regiões ampliadas e regiões de saúde está definida no Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais.

Sete dos oito municípios são de pequeno porte, com população entre 4.922 habitantes e 10.797 habitantes. Apenas um município é de médio porte, com população de 56.619 habitantes. Cinco municípios possuem mais de 70% da população em área rural, dois municípios com 47% e um com 36% de população rural⁵. Todos possuem cobertura de 100% de ESF, e quase a totalidade da sua população é Sistema Único de Saúde (SUS) dependente. Em relação ao percentual da população em extrema pobreza, varia de 18,15%, em São João da Lagoa, a 42,79%, em Bonito de Minas. Esses dados demonstram a importância da APS, que é, muitas vezes, a expressão mais concreta de proteção social à população que vive nesses municípios.

Realizou-se coleta de dados por meio de grupos focais com ACS, considerando as seguintes questões: você(s) conhece(m) a nova

PNAB? Quais são as principais mudanças que ela propõe? Você(s) considera(m) que essas mudanças impactam na organização do trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) e no cuidado à população? Como? A nova PNAB propõe mudanças na atuação do ACS. O que você(s) acha(m) disso? Você(s) acha(m) que essas mudanças influenciam a natureza do trabalho do ACS? Como?

Foram realizados oito grupos focais, com participação aproximada de 15 ACS em cada, no período de julho a dezembro de 2018. Foram convidados para participar da pesquisa os ACS matriculados no Curso de Qualificação de ACS da ESP-MG que tinham maior tempo de atuação, respeitando o limite de 15 participantes por grupo focal. Cada grupo contou com a participação de duas pesquisadoras, uma mediadora e uma observadora. Os grupos duraram em média 90 minutos e foram realizados em dependências de escolas públicas ou de UBS. Todos os ACS convidados estiveram presentes.

O material gravado e transcrito foi submetido à análise temática de conteúdo, seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados⁶. A análise foi realizada por duas pesquisadoras e envolveu dois momentos: análise específica de cada grupo focal e análise cumulativa e comparativa do conjunto de grupos focais realizados. As categorias foram definidas *a posteriori*, dado o caráter exploratório da pesquisa, considerando tendências, convergências e divergências que emergiram do material analisado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Parecer CEP 2.429.103) e seguiu a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato, os participantes estão identificados pela sigla ACS, seguida de um número que os designa.

Resultados e discussão

Os ACS participantes da pesquisa foram em sua maioria mulheres (66%), com tempo de

atuação entre 1 ano e 5 anos (46%), acima de 5 anos (42%). A maioria tinha ensino médio completo (56%), enquanto o restante possuía ensino superior completo ou em curso (23%) ou somente o nível fundamental completo (14%). A partir da análise dos grupos focais, foram definidas três categorias temáticas referentes aos sentidos das mudanças propostas na PNAB 2017: i) interseções entre o trabalho do ACS e do técnico em enfermagem; ii) o ACS e as novas atribuições: qualificação e formação técnica; e iii) incorporação de novas atribuições pelo ACS: acesso da população a procedimentos e sobrecarga de trabalho.

Interseções entre o trabalho do ACS e do técnico em enfermagem

Esta categoria aborda questões que se situam nas interseções entre o trabalho do ACS e do técnico em enfermagem e que ganham relevo a partir das mudanças propostas na PNAB 2017¹, com destaque para a tendência à descaracterização da atuação do ACS como educador e para o questionamento sobre os papéis desenvolvidos por essas duas categorias profissionais na APS.

Grande parte dos ACS participantes deste estudo apontou que a incorporação das atribuições propostas na PNAB 2017¹ ao escopo de atuação do ACS descaracterizaria a natureza do seu trabalho educativo, que é realizado por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde às famílias e às comunidades que vivem na área de abrangência da UBS.

Então o trabalho preventivo do agente fica prejudicado, né? Aí ele não vai fazer a prevenção e vai fazer a parte curativa. (ACS1).

Vamos perder o foco do nosso trabalho. Nós não vamos fazer nem uma coisa nem outra e aquilo que é do nosso trabalho vai ficar a desejar. Se a família está precisando fazer um curativo, tomar uma vacina, nós vamos ficar sobrecarregados com uma família só. Aí a gente não vai atender as outras famílias como deveria fazer. Porque

tem família que tem que fazer curativo todos os dias. E aí o agente tem que ficar lá todos os dias? E quem tem 200 famílias pra acompanhar? [...] Eu tenho uma paciente que tem uma úlcera crônica. Eu não posso estar lá todo dia pra fazer curativo. (ACS2).

Essas falas denotam que os ACS reconhecem a centralidade educativa do seu trabalho e compreendem que a incorporação de atribuições como aferir temperatura e pressão, medir glicemia capilar e realizar técnicas limpas de curativo produzirá uma concorrência equivocada entre a natureza preventiva e de promoção da saúde, própria da sua atuação, e a realização de procedimentos considerados curativos. Além disso, como pode ser observado na segunda fala, a incorporação dessas atividades ao escopo de atuação do ACS pode trazer prejuízos para a periodicidade e a abrangência das visitas domiciliares. Nota-se um risco de que as novas atribuições limitem o tempo disponível para o acompanhamento de todas as famílias, já que os usuários que precisam de trocas periódicas de curativo e acompanhamento da hipertensão arterial, por exemplo, requereriam visitas diárias.

A visita domiciliar é considerada uma ação programada estratégica para o ACS prestar cuidados no domicílio, orientar as famílias, prevenir agravos, fortalecer vínculos e ampliar a visão das condições reais de vida e das interações das pessoas no contexto familiar e social. Há aí uma dimensão educativa reconhecidamente importante para a melhoria das condições de saúde da população. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a visita deve ser realizada mensalmente, mas alguns estudos já demonstram que a diversidade de atividades e rotinas impostas aos ACS, como, por exemplo, cadastramento do cartão SUS, Programa Segurança Alimentar, Bolsa Escola, muitas vezes não consideradas inerentes às funções do profissional, podem influenciar a regularidade e a qualidade da visita domiciliar⁷. Nessa mesma linha, Morosini e Fonseca⁸ destacam que atividades mais burocráticas

ocupam grande carga de trabalho do ACS, como, por exemplo, a separação de prontuários, a anotação do peso em consultas coletivas, a organização de espaços físicos para as atividades, a orientação de filas e até mesmo atividades de limpeza.

Nessa vertente, outra participante chamou a atenção para o fato de que é exatamente a natureza educativa do trabalho do ACS e a convivência com as famílias, por meio da visita domiciliar regular, que possibilitam mudanças importantes na saúde e na vida da população.

A gente tem que trabalhar com a prevenção, porque querendo ou não, depois que o agente de saúde entrou acabou muito a mortalidade infantil, muita coisa melhorou na saúde, porque igual eu falei, o convívio do dia a dia. Essa prevenção fez com que muita gente abrisse os olhos, fez com que muita gente aprendesse a viver, muita gente não sabia. Então eu penso que se vier isso vai tirar um pouco desse trabalho nosso. (ACS3).

É interessante observar nesse relato o resgate do enfoque preventivo da atuação do ACS nas famílias desde a sua incorporação ao SUS, com impactos positivos na redução da mortalidade infantil e na melhoria das condições de vida das pessoas. A contribuição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da ESF na redução da mortalidade infantil é amplamente reconhecida e divulgada na literatura⁹.

O reconhecimento das mudanças que podem acontecer na natureza do trabalho do ACS com a incorporação das atribuições propostas na PNAB 2017¹ reafirmou-se a partir do relato de experiências prévias com a aferição da pressão arterial. Alguns ACS que atuam na área rural mencionaram que aferiam a pressão arterial dos usuários cadastrados como hipertensos, mas avaliaram a experiência negativamente, tanto pelas dificuldades para desenvolver outras atividades que envolvem a visita domiciliar quanto pela falta de compreensão das famílias que exigiam que o agente aferisse a pressão arterial de todos os familiares.

A gente já teve a experiência no início de sair com o aparelho e a gente não fazia mais nada. Se você não olha a pressão daquelas outras pessoas, eles acham ruim. Não entendiam que a gente tava ali pra olhar só daquela que tava necessitada. Isso acaba atrapalhando o trabalho do agente. (ACS4).

O confronto entre a natureza educativa do trabalho do ACS e os aspectos relacionados com a realização de procedimentos considerados curativos também provocou questionamentos sobre os papéis desenvolvidos por ACS e técnicos de enfermagem na ESF. Sobre isso, os ACS destacaram as diferenças entre o seu trabalho e o do técnico em enfermagem com a população, com destaque para as distinções entre o enfoque preventivo e curativo.

Como vai ser feito esse trabalho? Porque realmente o técnico já sabe fazer aquilo. O trabalho dele é aferir pressão, fazer curativo e o nosso é promoção, prevenção. (ACS5).

Outros participantes colocaram em evidência que, com a incorporação das novas atribuições, o ACS se apropriaria de atividades que são próprias do técnico em enfermagem.

[...] no meu pensamento, a gente ia exercer mais o técnico do que o ACS. O serviço do técnico é mais curativo e do ACS é mais prevenção... a gente ia mais proteger a cura do que focar na prevenção... porque a gente não ia conseguir fazer os dois ao mesmo tempo. Acho que representa mais problema, porque o ACS tá ali pra prevenir os problemas... e como o técnico vai focar mais nos problemas vai surgir mais problema... (ACS6).

Conforme apontam Rodrigues da Silva et al.¹⁰, a PNAB 2017 incorpora como atribuições do ACS funções inerentes a profissionais de Enfermagem, previstas na Lei do Exercício Profissional nº 7498/86¹¹ e no seu Decreto Regulamentador nº 94.406/87¹². As autoras chamam a atenção para o fato de que a

realização de curativos e o cuidado com feridas são, até então, de competência da equipe de Enfermagem.

As discussões sobre a duplicidade de atribuições entre ACS e técnico em enfermagem na APS levantaram, inclusive, uma ameaça quanto à necessidade do técnico na UBS:

Já existe o técnico, né? O técnico foi feito para isso. E ele? Vai acabar o papel dele? (ACS7).

É importante contextualizar essa discussão no âmbito das iniciativas desenvolvidas pelo MS que antecederam a publicação da PNAB 2017¹ e que afetariam diretamente a presença do ACS nas equipes, e não do técnico em enfermagem. Uma delas foi a publicação da Portaria nº 958/2016¹³, que abria precedentes para que os ACS fossem substituídos pelos técnicos em enfermagem. Conforme a Portaria,

[...] a incorporação de mais técnicos de enfermagem deve-se à necessidade de adequar a oferta das equipes da atenção básica à transição demográfica e ao perfil epidemiológico da população¹³.

A referida Portaria foi revogada por Ricardo Barros, Ministro da Saúde à época, diante do movimento organizado pelos ACS.

O ACS e as novas atribuições: qualificação e formação técnica

Esta categoria trata das questões relacionadas com a qualificação do ACS para o exercício das novas atribuições propostas pela PNAB 2017¹, no âmbito da proposta do Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (Profags)¹⁴.

Permanecendo no confronto entre a natureza educativa do trabalho do ACS e a natureza considerada mais curativa/biomédica do trabalho do técnico em enfermagem, alguns participantes destacaram a necessidade de qualificação técnica do ACS para o exercício das novas atribuições.

Pra gente tá desempenhando essas funções vai ter que ter uma capacitação. (ACS8).

Posso falar que sei fazer muito bem. Mas no final das contas a gente não sabe. É muito bom a gente ter uma capacitação melhor em relação a isso, porque não é todo agente de saúde que sabe fazer glicemia. Às vezes eu como técnica, né... (ACS2).

De acordo com a PNAB 2017¹, as atividades de aferir temperatura axilar e pressão, medir glicemia capilar e realizar técnicas limpas de curativo somente poderão ser desenvolvidas pelo ACS após ‘treinamento específico’. Posteriormente, o MS publicou a Portaria nº 83/2018¹⁴, que instituiu o Profags, para a oferta de curso de formação técnica em enfermagem para ACS e Agentes de Combates às Endemias (ACE).

A ideia de ofertar o Curso técnico em enfermagem para o ACS era de conhecimento de muitos dos agentes participantes do estudo. Sobre isso, alguns destacaram que a formação como técnico em enfermagem aparece como uma possibilidade de adquirir mais conhecimento sobre as questões que envolvem a relação saúde-doença-cuidado.

Imagina se eu for um técnico em enfermagem... Vou saber mais coisas ainda... vou conseguir introduzir isso na casa do paciente. (ACS9).

Outro ACS destaca que a qualificação como técnico em enfermagem oferece maior segurança no desenvolvimento dos procedimentos, como medição da glicemia e realização de técnicas de curativo.

Até mesmo quando você é técnico, cê chega na casa do paciente... igual eu mesmo... na minha área tem muitas pessoas que tomam insulina... Então, antes de ter o curso técnico, eu tinha mais receio de fazer e hoje que eu tenho faço com maior tranquilidade. (ACS10).

É interessante perceber os anseios dos ACS por profissionalização para o desempenho

de um trabalho que seja capaz de atender às necessidades de saúde da população. Diversos estudos demonstram que o trabalho do ACS é um forte propulsor para a continuidade dos estudos, pois muitos complementam sua escolaridade após ingresso na profissão⁸. Um inquérito de abrangência nacional desenvolvido para avaliar o perfil do ACS no Brasil evidenciou que 71% possuem ensino médio completo e que cerca de 20% possuem ensino superior completo ou em curso¹⁵. Morosini e Fonseca⁸ salientam que a escolha dos cursos de nível superior relaciona-se com as demandas das comunidades, como, por exemplo: enfermagem, serviço social e psicologia.

Outro sentido atribuído pelos participantes à oferta do Curso técnico em enfermagem para ACS foi a possibilidade de a população valorizar mais o seu trabalho.

Isso valoriza mais o trabalho nosso, porque, além da gente fazer nossa função, a pessoa vai olhar assim: ‘Noh, aquela pessoa, além de fazer isso, ainda faz isso... foi capacitado’... É valorizado. (ACS8).

A população ia colocar mais crédito no agente de saúde da zona rural... ia ver que a gente tem conhecimento e tá fazendo... ficar mais qualificado... porque é muito simples... pegar uma pessoa e colocar aqui você vai trabalhar de agente de saúde, mas não tem capacidade. (ACS11).

A expectativa de que o desenvolvimento dessas atividades traria maior valorização e legitimidade ao trabalho do ACS pode estar relacionada com a influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas em saúde e, também, na própria formação profissional. Gomes et al.¹⁶ evidenciaram que a formação do ACS tem sido pautada pelo controle tecnológico da doença, tendo como desdobramento uma prática em saúde, muitas vezes, fragmentada e reducionista.

Assim, embora alguns ACS avaliem que a formação em técnico em enfermagem poderia contribuir para a valorização de seu trabalho, também pautaram questões importantes

sobre os possíveis impactos dessa formação na natureza do trabalho do ACS, além da possibilidade implícita de fusão do papel desses dois profissionais, ou, até mesmo, de extinção da categoria de ACS.

Essa nova política tem o interesse de trazer o curso técnico em enfermagem pro ACS... Acho que não é tão viável pra gente! Acho que a partir do momento que eles tão trazendo o curso de enfermagem pra gente, de certa forma, tá desviando o verdadeiro sentido do agente de saúde. Eu acho que ao invés de um técnico em enfermagem seria mais interessante um técnico de ACS. A partir do momento que eles nos qualificam como técnico em enfermagem, automaticamente, abre uma brecha pra acabar com a classe dos ACS. (ACS12).

Conforme expressa o Parecer Técnico nº 081/2018¹⁷, do Conselho Nacional de Saúde, o Profags aponta para uma formação '3 em 1' das carreiras de ACS, ACE e Técnicos em Enfermagem, desconsiderando as atribuições distintas desses profissionais na APS. A formação técnica em enfermagem para agentes reedita a proposta de fusão de categorias profissionais, apresentada no relatório do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, ocorrido em 2016, em Brasília, contribuindo para o processo de precarização do trabalho, com aumento de atribuições e possibilidade de redução dos postos de trabalho, e para o fortalecimento de práticas biomédicas curativas¹⁸.

A fala do ACS expressa claramente que a proposta de formação em técnico em enfermagem fragiliza a profissão de ACS. Para ele, valorizar o trabalho do agente seria fomentar sua formação por meio do Curso Técnico de ACS.

Sobre o receio e/ou a possibilidade de extinção da categoria do ACS, por ocasião das mudanças propostas na PNAB 2017¹, houve manifestações:

Dessa nova PNAB, só via coisa ruim. E quando falava assim: 'vai extinguir a categoria'. A gente não sabe... (ACS3).

Quando a gente chegou naquela parte, no dia a gente baixou aquele trem, a gente foi lendo, aí só falava assim... reduzir, ficar um único agente por equipe [...]. Quanto mais a gente lia, ficava pior! (ACS14).

Essas falas evidenciam que, ao ler o documento da PNAB 2017¹, os ACS compreenderam a possibilidade de extinção da categoria. A segunda fala refere-se especificamente à flexibilização da presença do ACS nas equipes da ESF, sem a obrigatoriedade de um número mínimo, diferentemente da PNAB 2011¹⁹, que previa um mínimo de quatro ACS por equipe. Além disso, a PNAB 2017¹ coloca que a cobertura de 100% da população é recomendada apenas para áreas de risco e de vulnerabilidade social, ficando a cargo do gestor local essa definição, o que reitera a ameaça colocada à categoria profissional.

Somado aos riscos da fragilização da categoria profissional, destaca-se que as mudanças na composição das equipes e nos parâmetros de cobertura da população comprometem processos de cuidado já instituídos nas equipes de saúde da família, com a presença permanente de um trabalhador da saúde no território, estabelecendo vínculo com a população e apreendendo necessidades de saúde e situações de vida que possibilitam à equipe um cuidado mais integral².

Como estratégia para lidar com as questões colocadas na PNAB 2017 e com a proposta de formação do ACS como técnico em enfermagem, alguns participantes apresentaram a possibilidade de expandir a formação do ACS, com a inclusão de alguns procedimentos, mas resguardando a essência de seu trabalho.

Eu acho que deveria tirar uma parte essencial do curso de enfermagem pra agregar junto com o técnico em ACS. Não seria feito o técnico em enfermagem e, sim, o técnico em ACS... atendendo a nova política, mas não da forma que eles colocaram lá... no meu entender, na nova política, eles querem transformar o ACS num técnico em enfermagem. (ACS12).

As falas relacionadas com a qualificação denotam que as propostas de formação guardam e produzem, de algum modo, intencionalidades de mudanças na centralidade do trabalho de determinadas categorias profissionais que atuam na APS e no modelo de atenção à saúde. Quando, por exemplo, alguns participantes colocam que a formação do ACS como técnico em enfermagem pode ser importante para o cuidado prestado à população, expressam aí a intencionalidade de ofertar uma assistência mais amparada no modelo biomédico.

Quando outros participantes tensionam que a formação do ACS como técnico em enfermagem muda significativamente a natureza do seu trabalho e representa o risco de extinção de alguma categoria (ACS ou técnico em enfermagem), há subentendido que a proposta de formação colocada pelo Profags¹⁴ também guarda intencionalidades sobre outros modelos de atenção à saúde distintos daquele pretendido pela ESF. No contexto de disputas de intencionalidades, a proposta de desenvolver um curso técnico em ACS, ainda que agregue novos procedimentos, remonta à importância da valorização do trabalho próprio do ACS às famílias e às comunidades.

Incorporação de novas atribuições pelo ACS: acesso da população a procedimentos e sobrecarga de trabalho

Esta categoria aborda aspectos relacionados com as implicações da incorporação das novas atribuições pelo ACS, com destaque para a possibilidade de ampliação do acesso da população a procedimentos e, simultaneamente, para a sobrecarga de trabalho daí decorrente. Alguns participantes destacaram que a incorporação dessas atribuições poderia favorecer o acesso da população a procedimentos.

Eu acho interessante porque eles não vão deslocar até aqui só para aferir uma pressão, só pra fazer uma glicemia. É difícil o acesso. E se a gente já tá fazendo uma visita, se a gente soubesse dar uma informação direitinho: Oh sua glicose está

alta! Então a gente liga pro enfermeiro, agenda uma consulta. A gente tem médico, terça, quarta e quinta no PSF. Facilitava. (ACS15).

Evita do paciente deslocar de casa pra unidade... Às vezes é um idoso... Às vezes, não tem disponibilidade de estar pagando pra ir na UBS pra fazer o curativo, por exemplo... às vezes tá até de repouso, não tem condições de ir pra fazer um curativo, dependendo do local, né? (ACS16).

É interessante destacar nessas falas que a incorporação de atribuições que seriam, *a priori*, realizadas pelo técnico em enfermagem seria uma alternativa para fazer com que esses procedimentos cheguem ao domicílio das famílias. Infere-se daí que o deslocamento de outros profissionais da equipe de saúde até o domicílio não está ocorrendo. As UBS devem estar localizadas o mais próximo de onde as pessoas vivem, de modo a facilitar o acesso da população à porta de entrada preferencial do usuário ao SUS. No entanto, essa realidade é distinta, de modo especial, em áreas rurais, onde há grandes extensões territoriais e baixa densidade populacional. Um dos principais desafios apontados pelos ACS que atuam nessas áreas é a dificuldade de acessar os domicílios, especialmente pelas longas distâncias entre as casas, as quais são percorridas, muitas vezes, a cavalo, de motocicleta ou até mesmo a pé²⁰.

Lá na roça, a zona rural é distante do município... pra vir aqui na unidade... e nós agente de saúde da zona rural pra fazer um curativo, a gente poder abordar o paciente e fazer o curativo em invés de tá deslocando até a unidade. (ACS17).

A questão de transporte na zona rural... porque no caso o técnico pra deslocar daqui pra lá não é toda vez que acha um transporte... e da zona rural pra cá também não acha... às vezes o técnico tá até disponível pra ir, mas tá sem o transporte... teve um paciente na minha área que teve uma fratura exposta e tava precisando de curativo e a técnica na época deslocou comigo na moto pra fazer esse serviço... (ACS18).

Essas falas reafirmam que o ACS, ao realizar as novas atribuições previstas na PNAB 2017¹, pode ampliar o acesso das pessoas da zona rural a esses procedimentos, sobretudo em razão da necessidade de grande deslocamento até a UBS e das condições socioeconômicas da população nessas localidades. Isso retrata uma realidade muito comum no Norte de Minas: a existência de extensas áreas rurais, com grande distanciamento das UBS. Essa realidade, que envolve o cuidado à saúde de populações rurais, redimensiona a análise da incorporação das atribuições previstas na PNAB 2017¹ pelo ACS, porque, não raro, ele é o único caminho para fazer com que as ações de saúde cheguem a essas pessoas. Portanto, há que se destacar que o Norte de Minas Gerais, cenário deste estudo, apresenta uma conformação específica que merece ser analisada para adensar essa discussão.

Embora a proporção de domicílios cadastrados em unidades de saúde da família seja maior na área rural²¹, os resultados deste estudo trazem à tona a necessidade de aprofundarmos o debate em torno da cobertura dessa população. É evidente que a universalidade de acesso nesses espaços fica, muitas vezes, sob a responsabilidade única e exclusiva do ACS. Assim, para além da discussão sobre a inclusão desses procedimentos no rol de atividades do ACS, sob o argumento de melhoria do cuidado à saúde da população, há que se discutir a reorganização do trabalho das equipes de APS que atuam nas áreas rurais.

Ainda sobre a possibilidade de ampliar o acesso da população rural, um dos ACS destacou que a realização dos procedimentos deveria acontecer no acompanhamento regular desenvolvido pelo ACS, e não em casos de urgência.

Sobre medida de pressão e glicemia, acho interessante, se fosse o caso de capacitar a gente para realizar isso, em questão de acompanhamento. Não é a pessoa tá passando mal, com hipoglicemia em casa e te chama pra ir lá conferir a glicemia dela. É o diabético que você já

acompanha, na visita normal, mensal, pra ver se tá tudo bem... só nesse sentido, em questão de acompanhamento. A gente sabe que é atribuição do técnico fazer esse acompanhamento, mas acontece que um técnico só pra toda a equipe não consegue atender toda a demanda. Se tem um diabético em casa e tem o restante da família, se a gente, por exemplo, pudesse conferir, que fosse de mês em mês, ou de dois em dois meses a glicemia da pessoa, poderia ser um alerta para identificar as doenças mais cedo... Nesse sentido que eu acho, de acompanhamento, de prevenção. Pra zona rural é só o agente... (ACS19).

Essa fala reafirma que, nas zonas rurais, o ACS, geralmente, é o único profissional que chega regularmente às casas das famílias, uma vez que há somente um técnico em enfermagem na equipe que, exercendo o seu trabalho na UBS, não consegue atender a todas as demandas do território. Entretanto, outros participantes deste estudo ponderaram que, embora reconheçam a possibilidade de ajudarem a população com as novas atribuições, a realização de mais funções no cotidiano de trabalho pode gerar uma sobrecarga para o ACS.

Vai sobrecarregar e vai fazer com que o próprio agente tira o propósito dele [...] Iria ajudar? Iria. Mas aí seria uma vez, quando você chegasse lá. Mas todos os dias é diferente. Nós não iríamos dar conta de atender todos os dias, todas as horas que eles acionarem a gente. (ACS3).

Além da sobrecarga de trabalho, um participante colocou também que a realização das novas atribuições pelo ACS nas zonas rurais, sobretudo a realização de curativo, pode trazer dificuldades ao trabalho, considerando as distâncias e as condições de deslocamento.

Igual o caso de fazer curativo. Como que eu vou chegar na casa do seu Zé, não concordo porque eu vou chegar lá, tá uma situação na zona rural... Você tem que carregar soro, às vezes você tá de moto, o soro tá quente... aquela luva sua, toda hora vai ter que tirar... você não sabe a situação. (ACS20).

A fala acima revela que não é necessária somente a qualificação técnica do ACS para a realização das novas atribuições propostas na PNAB 2017¹, mas que são igualmente importantes discussões sobre as condições que os ACS que atuam em zonas rurais possuem para o desenvolvimento das atividades que lhes são atribuídas.

A incorporação de atividades no rol de atuação do ACS, propostas pela PNAB 2017¹, como aferir temperatura e pressão, medir glicemia capilar e realizar técnicas de curativo, é reconhecida por eles como uma possibilidade de ampliação do acesso à população, especialmente a rural, a procedimentos considerados básicos, mas também como uma sobrecarga de trabalho. Mais uma vez, os ACS são interpelados a tamponar ineficiências na saúde pública, seja pelo subfinanciamento, seja pelas insuficiências da gestão local do SUS. Seria a incorporação desses procedimentos a garantia da universalidade e da integralidade à população rural?

Considerações finais

Os resultados da pesquisa apontam distintas implicações que podem decorrer da incorporação das atribuições propostas pela PNAB 2017 ao escopo de atuação do ACS. Reconhece-se a possibilidade de descaracterização da natureza educativa do seu trabalho, além da conformação de uma concorrência equivocada entre a natureza preventiva e de promoção da saúde, própria da sua atuação, e a realização de procedimentos considerados mais curativos, até então atribuídos ao técnico em enfermagem. Além disso, a formação do ACS como técnico em enfermagem, embora em alguns momentos seja tratada como uma possibilidade de adquirir mais conhecimento e maior valorização do trabalho por parte da população, aparece como um caminho de fragilização da categoria

do ACS, com possibilidade de sua extinção.

É importante destacar que a incorporação das novas atribuições pelo ACS também foi relacionada com a possibilidade de ampliação do acesso da população aos procedimentos, o que coloca em relevo o cenário em que se realizou este estudo – o norte de Minas, caracterizado por extensas áreas rurais e grande distanciamento das unidades de saúde. Se por um lado alargar o escopo de atuação do ACS possibilitaria a ampliação do acesso dessa população a determinados procedimentos, por outro, os dados revelam a fragilidade dos princípios da universalidade e da integralidade nessas localidades, na medida em que os reduzem às visitas domiciliares do ACS. Há que se discutir as condições e a sobrecarga de trabalho do ACS que atua em área rural e a necessidade de reorganizar o processo de trabalho das equipes da APS, no intuito de fazer com que um cuidado mais ampliado e equânime chegue às casas da população rural.

Entende-se que a composição dos grupos focais por conveniência é uma limitação deste estudo, na medida em que as especificidades dos territórios do Norte de Minas Gerais limitam as possibilidades de generalização dos resultados para outras realidades, a exemplo de áreas urbanas e de regiões metropolitanas.

Colaboradores

Silva TL (0000-0001-9869-9654)*, Soares AN (0000-0003-1341-8142)*, Lacerda GA (0000-0001-8243-378X)* e Mesquita JFO (0000-0003-4006-2356)* participaram da coleta de dados primários, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo e participação da aprovação da versão final do manuscrito. Silveira DC (0000-0001-9029-4257) participou da revisão crítica do conteúdo e da aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.
2. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(116):11-24.
3. Fausto MCR, Rizzoto MLF, Giovanella L, et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2018; 42(1):12-17.
4. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*. 2018; 42(1):38-51.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
7. Barbosa DCM, Mattos ATR, Corrêa MH, et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. *Medicina*. 2016; 49(4):360-6.
8. Morosini MVGC, Fonseca AF. Os agentes comunitários de saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde debate*. 2018; 42(1):261-274.
9. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. Saúde de Colet*. 2018; 23(6):1915-1928.
10. Rodrigues da Silva HP, Meneses MD, Toassi RFC. O papel do Agente Comunitário de Saúde frente ao desafio da nova Política Nacional de Atenção Básica. *Saberes Plurais*. 2018; 2(3):83-90.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências; 1986. Diário Oficial da União. 26 Jun 1986.
12. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto nº 94.406, de 25 de junho de 1986. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 Jun 1986.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 11 Maio 2016. [acesso em 2020 mar 4]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0958_10_05_2016.html.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde - PROFAGS, para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Agentes de Combates às Endemias - ACE no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. Diário Oficial da União. 11 Jan 2018.
15. Pinto ICM, Medina MG, Pereira RAG, et al. Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil [relatório de Pesquisa]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015. 430 p.
16. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis*. 2010; 20(4):1143-1164.
17. Conselho Nacional de Saúde. Parecer Técnico nº 081/2018. Brasília, DF: CNS; 2018.

18. Nogueira ML, Barbosa IC. Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde: quando uma formação profissional se torna mais uma ameaça ao SUS. *Trab. Educ. Saúde*. 2018; 16(2):393-396.
19. Brasil. Ministério da saúde. Portaria 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). *Diário Oficial da União*. 21 Out 2011.
20. Oliveira EN. Entre experiências e conversas: a mobilização dos ACS em defesa de melhores condições de trabalho. In: Soares AN, Silva TL, organizadores. *Sobre vivências de agentes do SUS: travessias pelo Norte de Minas*. Belo Horizonte: ESP-MG; 2018.
21. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(2):327-338.

Recebido em 29/05/2019

Aprovado em 01/10/2019

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve