

# ***IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO: CAMINHOS E POSSIBILIDADES***

## **Vivian Carlla Brilhante Chaves**

Mestre em Saúde da Família (UECE)  
Estratégia Saúde da Família de Quixeré – Ceará  
CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0811514187986548>  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5845-4545>  
E-mail: [vivianchaves@hotmail.com](mailto:vivianchaves@hotmail.com)

## **Olga Maria de Alencar**

Doutora em Saúde Coletiva (UECE)  
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Brasília  
CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3233987871670723>  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2477-7503>  
E-mail: [olgaalencar17@gmail.com](mailto:olgaalencar17@gmail.com)

## **Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho**

Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE)  
Universidade de Pernambuco (UPE) – Campus Petrolina  
CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3138862809903523>  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5853-6532>  
E-mail: [mirna.neyara@gmail.com](mailto:mirna.neyara@gmail.com)

## **Rafael Bezerra Duarte**

Mestre em Saúde Coletiva (UECE)  
Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza, CE  
CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1776808077650592>  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2280-0864>  
E-mail: [rafaelduarte@univs.edu.br](mailto:rafaelduarte@univs.edu.br)

## **Maria Rocineide Ferreira da Silva**

Doutora em Saúde Coletiva (UFC)  
UECE – Fortaleza, CE/ Ministério da Saúde – Brasília  
CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6463145896403157>  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6086-6901>  
E-mail: [rocineide.ferreira@uece.br](mailto:rocineide.ferreira@uece.br)

**Artigo Original**

**Recebido em: 06 de Abril de 2023**

**Aceito em: 28 de Julho de 2023**

## RESUMO

O artigo objetivou analisar o processo de implantação do Programa Agente Comunitário de Saúde (ACS) no município de Quixeré Ceará. Estudo qualitativo, realizado no município de Quixeré, Ceará. Participaram 09 ACS, 08 profissionais da Equipe Saúde da Família, 03 Gestores e 09 usuários do serviço. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e grupo focal em abril de 2016. O material coletado foi analisado à luz Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados evidenciaram que, o Programa ACS tem origem na década de 1990, devido o problema da seca. O trabalho, de cunho assistencialista, era voltado para a prevenção de doenças com foco na saúde materno infantil. O processo de trabalho modificou-se com afastamento das ações de educação em saúde e burocratização de funções. A institucionalização e a deficiência na formação contribuíram para mudanças negativas no trabalho. A criação das leis que regulamentam o exercício profissional é indicativa positiva para seu reconhecimento. Portanto, a concepção ambígua do papel do ACS é influenciada pela construção histórica, que a partir de sua institucionalização, assume o discurso da instituição, reproduzindo prática verticalizada e assistencialista.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde. Discurso do Sujeito Coletivo. Atenção Primária à Saúde.

### *IMPLEMENTATION OF THE COMMUNITY HEALTH AGENTS PROGRAM IN A MUNICIPALITY IN THE BRAZILIAN NORTHEAST: PATHWAYS AND POSSIBILITIES*

## ABSTRACT

The article aimed to analyze the implementation process of the Community Health Agent Program (ACS) in the municipality of Quixeré Ceará. Qualitative study, carried out in the municipality of Quixeré, Ceará. 09 ACS, 08 professionals from the Family Health Team, 03 Managers and 09 service users participated. Data collection was carried out through interviews and focus groups in April 2016. The collected material was analyzed in the light of Discourse of the Collective Subject. The results showed that the ACS Program originated in the 1990s, due to the drought problem. The work, of a welfare nature, was aimed at the prevention of diseases with a focus on maternal and child health. The work process changed with the removal of health education actions and bureaucratization of functions. Institutionalization and lack of training contributed to negative changes at work. The creation of laws that regulate professional practice is a positive indication for its recognition. Therefore, the ambiguous conception of the role of the CHA is influenced by the historical construction, which, from its institutionalization, assumes the institution's discourse, reproducing a verticalized and assistentialist practice.

**Keywords:** Community Health Agent. Collective Subject Discourse. Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

Os Agentes comunitários de saúde (ACS) são profissionais de saúde selecionados dentre aqueles que residem em comunidades vulneráveis, para desenvolverem atividades de baixa densidade tecnológica para o alcance da saúde. São profissionais estratégicos na Atenção Primária à Saúde (APS), orientando e sensibilizando a população na criação e na manutenção de comportamentos saudáveis onde existem poucos profissionais ou onde os serviços de saúde são de difícil acesso (Samudio et al., 2017).

No Brasil, os ACS fazem parte de um grupo representado genericamente denominado da literatura internacional de Community Health Workers (CHW), que se configuram especialmente como uma resposta as situações de grandes emergências, carências e ausência de serviços de saúde em tempos difíceis (Fonseca; Morosini; Mendonça, 2013).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986 foi recomendada a “incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado”. Neste mesmo ano, no Relatório da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, foi proposto que se revesse a questão do ACS e sua inclusão, sem distorções, como articulador entre comunidades e os serviços de saúde (Fonseca; Morosini; Mendonça, 2013).

A experiência do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) no Estado do Ceará foi inspirada no Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina, realizado no ano de 1975, pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal, Fundação de Serviço Social do Distrito Federal e pela Universidade de Brasília (Ávila, 2011a).

A semente do que seria o trabalho dos ACS já existia como uma experiência exitosa no município de Jucás-Ceará entre os anos de 1979 e 1986. Todavia, o trabalho com os ACS inicia-se oficialmente em 1987, quando a experiência em Jucás se expandiu por todo o estado como parte do Programa de Emergência, criado em decorrência da seca, de junho de 1987 a junho de 1988 (Ávila, 2011b).

O Governo do Estado do Ceará entre os anos de 1987 e 1988 contratou 6.113 pessoas (95% mulheres) que residiam em áreas mais carentes, em 118 municípios do interior do Ceará objetivando realizar atividades de promoção de saúde em decorrência da seca que assolavam a região. Esse pessoal foi contratado para realizar as seguintes

ações básicas de saúde: vacinação, terapia de reidratação oral e orientações para estimular o aleitamento materno (Silva; Dalmaso, 2002).

Após o término do período mais crítico, o programa foi expandido tendo por objetivo geral melhorar a capacidade das comunidades se alto cuidarem, visando diminuir os riscos de adoecimento e de morte em crianças e mães, relacionadas ao parto, aumentar o número de mães que amamentassem seus filhos de forma exclusiva até os quatro meses de vida, e diminuir os óbitos causados pela desidratação por causa da diarreia (Silva; Dalmaso, 2002).

Deste modo, o PACS foi implantado formalmente no Estado do Ceará pelo decreto nº 19.945 de 02 de janeiro de 1988 em 45 municípios (Coelho; Andrade, 2004). No ano de 1991 mediante os resultados positivos e das melhorias consideráveis nos indicadores de saúde do Estado, o programa foi ampliando pelo Ministério da Saúde (MS) para o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), o qual começou seus trabalhos na região nordeste do país com atividades de educação em saúde, mobilizando a comunidade e trabalhando com atenção a grupos materno-infantil. O programa foi tão importante, que na região norte foi implantado de forma emergencial tendo como objetivo combater a epidemia de cólera (Sakata, 2009).

Mediante tal conjuntura e história de lutas e conquistas, no ano de 2002, foi criada de fato a profissão do ACS por meio da Lei de nº 10.507, que estabelece a educação em saúde como instrumento para o exercício de suas atividades (Brasil, 2002). Mais tarde no ano de 2006, por meio da Lei 11.350 acontece à regulamentação das atividades desenvolvidas pelos ACS, tendo agora os mesmos como foco a prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante atuações dentro dos domicílios e/ou da comunidade, podendo ser elas individuais ou coletivas, as quais devem ser desenvolvidas em conformidade as diretrizes do Sistema Único de saúde (SUS) sob a supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (Brasil, 2009).

Em 2011 a Portaria nº 2.488 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reitera a educação em saúde no conjunto das atribuições do ACS e em julho de 2014, por meio da Lei 12.994 fica instituído o piso salarial profissional nacional e as diretrizes para o plano de carreira dos ACS (Brasil, 2014).

Agora, oficialmente a profissão e competências do ACS estão institucionalizadas no Brasil, entretanto, a imprecisão de seu papel ainda está presente na rotina dos serviços

de saúde, nas falas dos usuários destes serviços e nos desvios de função por parte dos gestores, o que é evidenciado em meio às publicações científicas.

Diante desse contexto histórico, surgiu a seguinte pergunta norteadora: Quando e como ocorreu a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em Quixeré, Ceará? O interesse para a realização deste estudo decorreu dado o conhecimento restrito e a curiosidade em saber como foi que ocorreu o processo de implantação do trabalho dos ACS no município de Quixeré, tendo em vista a busca de suas origens, caminhos e possibilidades de atores de suma relevância para o trabalho na saúde.

Assim, esta pesquisa tem por objetivo descrever o processo de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no município de Quixeré Ceará.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa, que busca observar, descrever e documentar os aspectos de um fato que ocorre naturalmente (Minayo, 2014).

O presente estudo foi desenvolvido no município de Quixeré, Ceará, localizado no Baixo Jaguaribe, distante a 212 Km da capital Fortaleza, com uma população de 19.412 habitantes segundo dados do último censo realizado no ano de 2010, e uma população estimada de 22.293 habitantes para o ano de 2020 (IBGE, 2021). Quixeré está localizado 10ª Região de Saúde do Ceará, conta com a cobertura de 09 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 09 equipes de Saúde Bucal, 01 equipe de NASF tipo 2. Atuam no município 50 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Participaram, como sujeitos deste estudo, 09 ACS (um ACS de cada equipe da estratégia saúde da família do município), 08 Profissionais da ESF (03 médicos, 02 enfermeiros, 03 odontólogos), 03 Gestores (o Secretário Municipal de Saúde, a Coordenadora Municipal da Atenção Básica e a Coordenadora Municipal da Vigilância Epidemiológica). Ainda participaram do presente estudo, 09 usuários do serviço de Atenção Básica Municipal.

Para participarem do estudo os participantes seguiram os seguintes critérios de inclusão: *Agentes Comunitários de Saúde* - Estar na profissão há pelo menos 1 ano e integrar uma equipe da ESF do município; *Profissionais da ESF* - Integrar alguma equipe da ESF do município; *Gestores* - Estar na Gestão da Saúde do município de Quixeré;

*Usuários* - Ser usuário do serviço da ESF e participar ou ter participado de algum grupo de representação social (Conselho de saúde, Câmara de vereadores, Igreja, etc). Os critérios de exclusão foram: *Agentes Comunitários de Saúde e Profissionais da ESF* - Estar afastado por licença, férias ou desvio de função; *Gestores* - Estar afastado por licença ou férias; *Usuários* – Residir a menos de 1 ano em área adstrita de alguma das equipes da ESF municipal.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e grupos focais. Os Gestores e os Usuários participaram de uma entrevista semiestruturada entre o período de março a abril de 2016. Durante esse período, mais precisamente no dia 7 de abril de 2016 foram realizados os dois grupos focais, segundo roteiros pré-estabelecidos: Grupo focal 1: Com os ACS, pela manhã, e o Grupo focal 2: Com os profissionais da ESF, pela tarde.

Foi proporcionado aos participantes um ambiente seguro e tranquilo para que todos se sentissem confiantes em participar da pesquisa, assim como apontada a liberdade dos mesmos de se ausentarem caso desejassem.

O material coletado, através das entrevistas e por meio dos grupos focais, foi transcrito e analisado com base no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Tendo em vista preservar a identidade e garantir o anonimato dos sujeitos do estudo, as entrevistas foram codificadas por meio de letras e sequência numérica, da seguinte forma: ACS representado pela codificação A1. A2. A3...; Gestão por G1. G2. G3...; Profissionais de saúde por P1. P2. P3...; e Usuários por U1. U2. U3....

Uma vez que o estudo envolve a participação de seres humanos, o mesmo obedeceu aos aspectos éticos que constam na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2013). Ainda, para a realização desse estudo, foi solicitada junto ao secretário de saúde municipal a autorização para a realização da pesquisa dentro do município, através do Termo de Anuência. E aos sujeitos participantes da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando sobre a pesquisa e assegurando o anonimato dos mesmos, que após a aceitação dos termos assinaram concordando em contribuir com a pesquisa.

Este artigo emergiu dos achados da dissertação: O processo de trabalho do agente comunitário de saúde: ressignificando seu papel, e foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o número de parecer 1.430.326.

No mais, a presente pesquisa não apresentou conflitos de interesse entre pesquisadores e participantes, assim como, todos os materiais e recursos financeiros necessários foram de total responsabilidade dos pesquisadores.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na busca de desvelar quando e como se deu a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no município de Quixeré Ceará, a organização da análise de conteúdo obtidas por meio de entrevistas apontou como pontos principais: origem, caminhos e possibilidades.

Em relação à origem do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no município de Quixeré Ceará, as falas dos sujeitos da pesquisa evidenciam que ele deu início na década de 1990, devido o problema da seca que afligia a região:

Em 91, já tinha agentes de saúde, só do estado, coordenado por uma visitadora sanitária da FUNASA, eles começaram por conta do problema da seca, através de uma seleção, onde líderes comunitários que tinham um vínculo e já moravam nas áreas há mais de 2 anos foram selecionados, com o papel de realizarem visitas domiciliares, acompanhavam as famílias e quem tinha hanseníase, tuberculose e vacina. Era basicamente isso aí e a questão sanitária e no trabalho de educação em saúde (G1, G2, G3).

A experiência com os ACS em Quixeré, aconteceu no início da década de 1990, como estratégia para enfrentamento de secas e enchentes, integrando o plano de emergência da gestão estadual (Ávila, 2011b; Lavor; Lavor; Lavor, 2004).

As primeiras ACS foram selecionadas entre as líderes comunitárias e eram coordenadas por uma visitadora sanitária da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) sob os moldes da assistência sanitária de modelo norte-americano, ofertando o pacote GOBI, sigla em inglês de *G-Growth monitoring* (acompanhamento do crescimento), *O - Oral Rehydration* (reidratação oral), *Breastfeeding* (aleitamento materno) e *Immunization* (imunização) proposto pela UNICEF na década de 1980, sob as diretrizes da Atenção Primária Seletiva, modelo recomendado pelo Banco Mundial para a América Latina, que tinha por objetivo viabilizar um serviço de saúde de baixo custo e direcionado para o controle sanitário das populações mais carentes (Fonseca; Morosini; Mendonça, 2013).

De acordo com as falas das ACS, no início do programa o trabalho era voltado para a prevenção de doenças, com o objetivo de atenuar os momentos difíceis e as diversas dificuldades enfrentadas, como podemos observar no trecho a seguir:

Quando começou, o foco era trabalhar na prevenção de doenças, era no período da emergência, tínhamos que ir até onde estava a turma trabalhando, deixar um analgésico, AAS infantil, remédios pra verme, remédio caseiro que a gente fazia e levava. Nas enchentes e nas secas era o agente de saúde que estava responsável para dar nomes de pessoas com muita carência, entregar roupa, o leite e o farelo de trigo, pegava esses meninos pequenos e ia banhar e tirava esses piolhos, fazer vacina de campanha, de gotinha nas crianças, saía de casa em casa. O nosso trabalho era muito difícil, eu já trabalhava na pastoral da criança, já tinha aquelas outras orientações, quantas vezes eu tive de ficar uma manhã inteira fazendo soro e na época de reisado angariava dinheiro pra comprar gotinhas que dão ao recém-nascido com cólicas, além disso, fazíamos reuniões na comunidade, palestra com gestante e até curativo (A2, A3, A5, A6, A7, A8).

Diante das falas, podemos observar que o início do trabalho do ACS no município de Quixeré aconteceu mediante a grande dificuldade enfrentada pela população, as quais necessitavam pelo menos do mínimo de assistência de saúde, como um simples medicamento, um curativo, um pouco de alimento entre outras ações que foram mais que importantes para todos naquele momento difícil de suas vidas.

O serviço prestado à população era de cunho assistencialista, com utilização de um trabalhador não qualificado e que prestava um serviço mais barato, conveniente à crise capitalista com desemprego estrutural predominante nas décadas de 1980 a 1990, utilizando-se assim de práticas sanitárias e de enfermagem (Fonseca; Morosini; Mendonça, 2013; Jesus et al., 2014).

Após sua origem, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde no município de Quixeré, percorre por caminhos e por possibilidades, os quais até os dias atuais fazem com que a população tenha dentro das comunidades a presença do ACS, o qual é peça fundamental para a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde, mesmo enfrentando todas as dificuldades diárias. Estes serão apresentados a partir dos parágrafos seguintes.

Nesta perspectiva, é que a prática da assistência do ACS direcionada a grupos de risco é evidenciada não apenas pelos profissionais das ESF mais antigos, mas também pelos usuários que mesmo não tendo vivenciado a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no município, ao serem questionados quanto ao seu primeiro

contato com o ACS, lembraram fases do seu ciclo de vida como infância ou gestação, os dois grupos de risco considerados prioritários num serviço de saúde que reproduz as diretrizes de uma Atenção Primária Seletiva. Essa realidade pode ser observada nos seguintes discursos:

Trabalho com agentes de saúde há 22 anos e sou do PSF há 20 anos, iniciei aqui no município como supervisora do Programa de Agentes de Saúde, nesse tempo era só uma supervisora para todos os agentes de saúde, antigamente o trabalho deles era todo voltado para os indicadores do SIAB, era pesar a criança, acompanhar a gestante, fazer visitas às gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculosos, hansenianos, monitorar e orientar quanto ao aleitamento materno, antigamente eles faziam curativos e o banho do bebê, do recém-nascido (P2, P3, P4, P7).

Lembro que minha agente de saúde passava na minha casa, pra pesar, avisar vacina, quando eu me mudei pra cá, em 2002, que apareceu essa agente de saúde, lembro-me de quando eu tinha cinco anos, quando eu estava grávida e na minha segunda gravidez (U2, U3, U6, U7, U9).

A abordagem educativa repassada pela visitadora era do tipo vertical, tentando substituir o saber popular pelo conhecimento técnico e práticas sanitárias (Fonseca; Morosini; Mendonça, 2013; Bornstein; Stotz, 2008), como retrata o discurso do ACS.

Pegava esses meninos pequenos, sujos, tudim com uma bomba e ia banhar e tirava esses piolhos; outra vez teve um senhor, que quando eu sai da casa dele, ele foi lá na minha casa e disse: Olha eu não dei umas tapas na sua esposa agora, ela lá com uma história, querendo que minha esposa, ensinando minha esposa a dar de mamar e a minha esposa não quer e ela lá insistindo. Quando Tasso resolveu criar o agente de saúde ele chamou nós de meninas dos olhos da comunidade, quer dizer eu sou necessária, não importa que você não me queira (A6, A8).

O modelo de assistência aqui trazido pela fala do ACS se parece com modelo da FUNASA o qual fazia com que os ACS reproduzissem práticas sanitárias impositivas junto população, porém algumas vindas da Pastoral da Criança, grupo da Igreja Católica com influência da Educação Popular, as quais contribuíram para uma prática mista pelos ACS, ora vertical, de repasse de “verdades” técnico-científicas, ora democrática, com o uso do saber popular e formando parcerias com benzedadeiras e parteiras, objetivando construir o vínculo com a comunidade.

Mais tarde o governo federal reproduziria o discurso de educação vertical com a divulgação do material para a formação “Agentes em Ação” em que o ACS é visto como um super-herói que chega para salvar a população de suas próprias práticas inapropriadas.

Pesquisadores citam em estudo realizado com ACS no Piauí acerca da sobrecarga de responsabilidades dada ao ACS, visto como um super-herói e a necessidade de definir suas atribuições dentro da equipe (Costa; Ferreira, 2012).

A propaganda governista do Estado do Ceará difundiu o ACS como “a menina dos olhos da comunidade” conferindo a estas profissionais grandes responsabilidades para a mudança de hábitos da população, concentrando ações de promoção na perspectiva de mudanças nos estilos de vida e não reforçando a singularidade das comunidades nos seus modos de viver (Ávila, 2011b).

Nesta caminhada de anos já percorridos, no município de Quixeré, o processo de seleção dos ACS passou por modificações, acontecendo por contratações temporárias até a seleção pública, como define a Lei Federal nº 12.994 de 2014. No passado quem designava o ACS era a comunidade, atualmente o processo seletivo é quem dá legitimidade (Queirós; Lima, 2012), reforçando a institucionalização deste profissional. Essas modificações foram vivenciadas na pele pelos próprios ACS como podemos observar nas falas abaixo:

Eu tenho nove anos de agente comunitário de saúde, mas tudo nosso foi diferente, a partir da seleção, a nossa seleção foi uma prova, não foi uma seleção de juntar os líderes da comunidade, fazia a prova, você passou, você tirou mais pontos e aí, daí você vai saber o que é o agente comunitário de saúde, entrei assim, jogada, só “pêi e bufo”, menino quase que eu desisto, porque eu não sabia nada, não tive preparação de nada (A1, A4).

De acordo com a fala dos ACS pode-se observar que a partir do momento que a seleção passou a ser por meio de prova, para quem não tinha instrução alguma ficava mais difícil de passar, assim como, relatam a falta de preparação. No início do trabalho do ACS não havia uma formação para eles, pois, segundo a Lei 11.350 de 2006 era exigido apenas um curso introdutório, sendo que alguns, sem nenhuma experiência no trabalho em comunidade, pensaram em desistir, outros agentes citaram como positivo a formação no Curso Técnico de ACS, em 2007, resultado de uma estratégia do MS e Ministério da Educação de formação profissional em nível técnico do ACS. Segundo o Referencial Curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde a importância desse trabalhador no contexto de modificações nas práticas de saúde constitui a necessidade de sua formação em nível técnico (Brasil, 2004).

Ávila (2011b) define as diretrizes do Referencial Curricular para curso técnico de ACS como uma descaracterização do ACS, por favorecer a aquisição de conhecimentos que já compunham o “corpus” da equipe saúde da família, no entanto reconhece que a formação é necessária, mas voltada na dimensão social da comunidade. Para Bornstein e Stotz a Educação Popular parte do princípio de que o educando tem um saber prévio, obtido em sua história de vida, sua prática social e cultural, sendo este o ponto inicial para a construção de conhecimento, numa relação dialógica entre educando e educador (Bornstein; Stotz, 2008).

Diante desse contexto os ACS abrigam um exercício de educação dialógica, com valorização do saber popular e soluções criativas, a partir da negociação com os sujeitos, contudo há uma contradição entre o discurso político do MS, que o define como um educador transformador e a predominância da reprodução, nos serviços de saúde, de uma educação vertical. Assim, a Educação Popular em Saúde possibilita o diálogo, reorientando as práticas, contribuindo na superação do biologicismo, do autoritarismo do doutor, do desprezo pelas iniciativas do doente e a imposição de soluções técnicas globais (Dantas; Silva, 2015).

Desde a implantação do Programa no município de Quixeré (origens, caminhos e possibilidades), os sujeitos participantes do presente estudo relataram diante de seus discursos consideráveis mudanças no processo de trabalho dos ACS sendo as principais: o maior acúmulo de atribuições burocráticas com o distanciamento das práticas de educação em saúde, melhoria do vínculo com a equipe Saúde da Família, em especial a de saúde Bucal, aumento do conhecimento pelo ACS com identificação de agravos e condições de risco como hanseníase e tuberculose e alguns referiram um ACS menos interessado, realizando ações subalternas como “dar recados”. Essas podem ser mais expressas nas falas a seguir:

O pessoal da Fundação SESP era muito rigoroso, acho que todo mundo era acompanhado naquela época, hoje em dia a gente prioriza, davam mais assistência às famílias, eles trabalhavam mais a questão da prevenção, hoje, eles tem que ter tempo para estar junto com a equipe saúde da família. Pesar, verificar altura, acolhimento na unidade, retirar prontuário, atualizar os arquivos com prontuários, ações que deveriam ser realizados por outro profissional da ESF. A questão de entrega de referências hoje se faz bem presente, a questão de saúde mental, tem que ver a questão do deficiente, tem que ver a questão de quem faz uso abusivo de algumas drogas. As atividades de mobilização e educação em saúde com a população, se perdeu muito, desvirtuando pra outras funções. Também as diversas secretarias sempre recorrem aos ACS para levantamentos diversos (G1, G2, G3).

Eu creio que muita coisa aumentou agora o papel do agente de saúde cresceu mais, são mais deveres, vejo acessibilidade, antigamente agente de saúde era só pra pesar, dar injeção, hoje não, estão bem mais informados e mais ligados com a gente. As coisas dia a dia vai evoluindo, vai tendo mais crédito de confiança, está muito melhor, a agente de saúde quando começou ninguém via nem falar, hoje é uma pessoa conhecida. Já tem o postinho aqui e o acompanhamento (feito por elas) é bem mais rígido, no entanto, acho que aquela de antigamente era mais esforçada, a de hoje não é muito não, visitando menos, às vezes quando tem alguma coisa, é tipo assim em cima da hora, se tem um recado, assim é muito às pressas. Parece que é pouca agente de saúde pra muita gente. (U1, U2, U3, U4, U5, U6, U9).

Hoje elas entendem mais o papel delas nas famílias e com o evoluir destes 8 anos em Saúde Pública estou vendo que a Saúde Bucal está se incorporando mais à Saúde da Família e o agente comunitário de saúde mais perto da gente, com um envolvimento maior, me surpreendi com o nível de conhecimento deles, reconhecem o que pode ser uma hanseníase e uma tuberculose, trazem pra gente mesmo, o que tem mudado é essa questão dos encaminhamentos, dessa papelada, agora é o e-SUS e o CADSUS pra elas fazerem, antes as funções eram aquelas básicas do agente de saúde que está desaparecendo, a questão da educação, da promoção à saúde (P3, P4, P6, P7, P8).

Observo hoje, que é muito essa questão de você chegar junto, cumprir seu tempo, não tem mais nem quase tempo com tanto cadastro, questão mais de números, e antigamente era questão de salvar aquela comunidade, hoje o povo procura mais (ser ACS) pela questão financeira, essa globalização faz a gente correr e rodar feito louco e isso a gente perde, perde o ganho maior que é o cuidado, a gente tá só na questão da informação, de levar a pessoa à unidade, o povo não tão mais em casa, tão tudo trabalhando, já pesquisa na internet e já sabe de tudo, no entanto, só lembra se o agente de saúde for dizer e a responsabilidade? A gente é quase menino de recado. (A2, A4, A5, A6, A9).

A partir do apresentado, pode-se observar que existe um consenso entre os entrevistados, os quais observaram que desde o início do Programa no município, o processo de trabalho do ACS modificou-se, mas também há a discordância se isso ocorre de forma positiva ou negativa. Para a Gestão o ACS afastou-se das ações de educação em saúde se desviando de suas funções. Para o usuário as responsabilidades aumentaram, alguns acreditam que atualmente o acompanhamento deles é melhor, outros o contrário, é muito rápido, superficial. Para os profissionais da ESF o ACS integrou-se mais à equipe e para os próprios ACS o atual mundo globalizado, com a oferta fácil de informação e a pouca disponibilidade de tempo das pessoas, além da sobrecarga de atribuições o faz sentir-se desvalorizado.

A lógica neoliberal se reafirma na fala dos vários atores presentes na pesquisa, uma reafirmação do cuidado a ser realizado nesses tempos que o SUS passa por um processo de desfinanciamento com a instauração da EC 95 e a redução de investimentos no setor saúde.

A institucionalização do ACS e a deficiência em sua formação são citadas como elementos que contribuíram com as mudanças negativas no processo de trabalho do ACS (Fonseca; Morosini; Mendonça, 2013; Dantas; Silva, 2015). Por outro lado, a criação das leis que regulamentam o exercício profissional do ACS, protegendo-o da precarização dos vínculos trabalhistas é um indicativo positivo para o seu reconhecimento profissional, pois alguns estudos relataram as condições de trabalho como causa de sofrimento para o ACS (Costa et al., 2012).

As formas de recrutamento da década de 1970 e 1980, vinculadas às organizações comunitárias, favoreciam o envolvimento do ACS nas lutas populares, contudo, a atual institucionalização do ACS, ao se tornar integrante da equipe de saúde da família, enfraqueceu seu vínculo com a comunidade, pois agora passa a mediar às demandas da população e as determinações da instituição (Queirós; Lima, 2012).

A inserção do ACS nas equipes da ESF o deslegitima e o constrange, quando sua prática é considerada subalterna por não apresentar um conhecimento formal e por fundamentar-se em práticas relacionais, enquanto a equipe valoriza a reprodução de práticas hegemônicas biomédicas (Ferreira et al., 2009).

A maneira de enfrentamento das adaptações geradas pela institucionalização define um novo ACS que está se reinventando, e os sujeitos envolvidos no seu processo de trabalho influenciam e identificam este profissional em transformação. Isso foi o que percebemos na análise dos discursos quando questionamos junto a estes sujeitos (usuários, gestão, profissionais da ESF e os próprios ACS) qual o papel do ACS no município de Quixeré desde a implantação do Programa.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Oficialmente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde no município de Quixeré, Ceará, começou no início da década de 1990, disseminando-se em todo município como estratégia para o enfrentamento da seca, integrando também o plano de emergência da gestão estadual. Sua implantação foi de suma importância para auxiliar a população de Quixeré em um momento muito crítico, o qual foi feito de caráter emergencial uma seleção com os líderes comunitários que já residiam há mais de 2 anos na própria comunidade.

A princípio, o trabalho dos ACS era de realizar visitas domiciliares as famílias mais carentes e que necessitavam de atenção e cuidados básicos de saúde. Entre as principais atividades desenvolvidas pelos ACS no início do Programa em Quixeré destacam-se, educação em saúde (reunião com a comunidade), prevenção de doenças, distribuição de medicamento simples, como por exemplo, soro caseiro, entre outros, realização de curativos simples e vacinação de crianças.

A trajetória dos ACS no município de Quixeré, também é vista como marco de flexibilidade, haja vista a diversidade de contextos de cada momento. Desde a implantação do Programa no município, pode-se observar que transformações ocorreram no processo de trabalho dos ACS, assim como, o modelo de processo de seleção, que antes se baseava em uma seleção simples e atualmente é realizada por meio de prova.

Ainda, podemos destacar que, a concepção ambígua do papel do ACS no imaginário da população é influenciada por uma construção histórica, constituída por uma origem de líder comunitário e educador popular, que a partir de sua institucionalização, assume em parte, o discurso da instituição, hegemonicamente reproduzido, constituindo uma concepção e prática de educação verticalizada e assistencialista. Todavia existe uma singularidade neste profissional, uma vez que apesar de integrar a equipe de saúde, seu vínculo com a comunidade é o que mais o caracteriza, pois é na comunidade que este profissional se sente mais integrado e tem um potencial para contribuir com o bem viver.

Nesse contexto, é importante destacar o trabalho que o ACS realiza dentro das comunidades, pois é através do seu trabalho incansável que se pode ver a necessidade de milhares de famílias, assim como, tem um papel imprescindível para ajudar na melhoria dos indicadores de saúde, acarretando na diminuição da morbimortalidade.

## REFERÊNCIAS

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011 (a).

ÁVILA, M. M. M. Origem e evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 24, n. 2, p. 159-168, 2011(b).

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trab. educ. saúde**. v. 6, n. 3, p. 457-480, 2008.

BRASIL. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.** Dispõe sobre a criação da profissão do Agente comunitário de saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.** Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006.

BRASIL. **Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014.** Institui o piso salariais profissionais nacionais e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Publicada no DOU nº 12, 13 de jun de 2013 – Seção 1 – Pág. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para o curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

COELHO, C. M. A.; ANDRADE, L. O. Impacto provocado pela implantação do Programa Saúde da Família sobre as ações dos agentes comunitários de saúde - o caso de Sobral/CE. **Revista Sobralense de Políticas Públicas-SANARE.** v. 5, p. 1, p. 159-166, 2004.

COSTA, E. M.; FERREIRA, D. L. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. **Trabalho, Educação e Saúde.** v. 9, n. 3, p. 461-478, 2012.

COSTA, M. C. et al. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** v. 33, n. 3, p. 134-140, 2012.

DANTAS, D. S. G.; SILVA, M. R. F. Possibilidades da educação popular em saúde na transformação do processo de trabalho da estratégia Saúde da Família. **Revista de APS.** v. 18, n. 4, p. 500-506, 2015.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Caderno de Saúde Pública.** v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. G. C.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária a Saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Trabalho, Educação e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 525-552, 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Informações Estatísticas de 2021— Cidade, Quixeré-Ceará.** 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/quixere/panorama>.

JESUS, A. S. et al. Atuação do agente comunitário de saúde: conhecimento de usuários. **Revista de Enfermagem UERJ**. v. 22, n. 2, p. 239-244, 2014.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, N. M. C.; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. **Revista Sobralense de Políticas Públicas-SANARE**, Sobral, v. 5, n. 1, p. 121-128, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. – 14ª. ed. São Paulo: Hucitec Editora Ltda., 2014.

QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 10, n. 2, p. 257-281, 2012.

SAKATA, K. N. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família**. 200f. 2009. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

SAMUDIO, J. L. P. et al. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro**, v. 15, n. 3, p. 745-770, 2017.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

## COMO CITAR

CHAVES, Vivian Carlla Brilhante.; ALENCAR, Olga Maria de.; MARINHO, Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto.; DUARTE, Rafael Bezerra.; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da. Implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde em um município do Nordeste brasileiro: caminhos e possibilidades. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências – RIEC**, v.6, n.2, p. 153-168, 2023.