



**O Agente Comunitário De Saúde – Uma História Analisada<sup>1</sup>**  
*The Community Health Agent – An Analyzed History*

Carlos Côrrea\*  
Claudia Castellanos Pfeiffer\*\*  
Adriano Peres Lora\*\*\*  
GIPS – LABEURB-FCM/UNICAMP\*\*\*\*

**Resumo**

Trata-se de apresentar um lugar possível de análise do processo de institucionalização do profissional Agente Comunitário da Saúde (ACS) a partir da perspectiva da Análise de Discurso. Procura-se compreender os efeitos da institucionalização do Agente Comunitário da Saúde por meio das leis, normas e documentos produzidos pelo Ministério da Saúde. O problema consiste em dar visibilidade à densa, complexa e contraditória rede de significação que estrutura o percurso de institucionalização desse profissional.

Dentro de nossa inquietação sobre os efeitos da institucionalização do agente comunitário de saúde, o que procuramos mostrar foi o fato de que tratar de relações de sentido nos mostra como o discurso funciona, trabalhando em vai-e-vem os processos de significação. O processo de institucionalização do ACS mostra que ele vem sendo silenciado nas suas funções, sofrendo, assim, um processo de apagamento. Isto gera uma insatisfação com o trabalho desenvolvido pelos ACS e um progressivo desaparecimento de sua fala dentro dos processos de troca nas equipes.

**Palavras-Chave:** Agente Comunitário de Saúde; Política Pública; Análise de Discurso.

---

<sup>1</sup> O presente artigo é resultante de pesquisas desenvolvidas pelos autores no Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde (GIPS) certificado no Diretório do CNPq.

\* Carlos Côrrea é docente do Departamento de Medicina Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Atua na área de Epidemiologia (ccorrea@head.fcm.unicamp.br).

\*\* Claudia Castellanos Pfeiffer é pesquisadora no Laboratório de Estudos Urbanos (Labeurb) do Nucleo da Unicamp e Docente credenciada do Programa de Pós-Graduação em Linguística do IEL da Unicamp. Atua na área da análise de discurso com ênfase em análises sobre história das ciências e sua relação com as políticas públicas (claupfe@yahoo.com).

\*\*\* Adriano Peres Lora é coordenador de Saúde da Família do município de Pedreira-SP, mestre em saúde coletiva pela FCM-Unicamp e doutorando pela mesma Universidade (adriano\_lora@uol.com.br).

\*\*\*\* O endereço postal dos autores é: GIPS (Labeurb-FCM/Unicamp). Rua Caio Graco Prado, 70. CEP: 13081-970. Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, SP.

**Abstract**

This work deals with the presentation of a possible space for the analysis of the institutionalization process of the Community Health Agent (CHA) from the perspective of Discourse Analysis. It attempts to comprehend the effects of institutionalization of the Community Health Agent by means of the laws, norms and documents produced by the Health Ministry. The problem consists of giving visibility to the dense, complex and contradictory signification network that supports the course of the institutionalization of this professional.

Within our disquiet regarding the effects of the institutionalization of the Community Health Agent, we have tried to demonstrate that the fact of dealing with relations of meaning shows us how the discourse functions, working the signification processes to-and-fro. The process of institutionalizing the CHA shows that this agent is being silenced in his functions, suffering, therefore, a process of extinguishment. This generates dissatisfaction with the work developed by the CHAs and a progressive disappearance of their speech within the exchange processes in the groups.

**Keywords:** Community Health Agent, Public Policy, Discourse Analysis

## 1. INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde aparece no Brasil a partir da década de 90, quando alguns Estados do Nordeste, buscando estratégias para a melhoria das condições de saúde da população, instituem este trabalhador na área. Interessante observar que este lugar nasce junto com a implementação de “ações simples, desenvolvidas e assimiladas nas comunidades, por integrantes delas próprias” (Brasil, 1996; Brasil, 1994). Ou seja, a narrativa de criação do ACS nasce junto com o gesto de intervir, por meio da própria população, na saúde da população<sup>2</sup>.

Neste processo, o Agente Comunitário de Saúde (doravante ACS) se reconhece como o profissional que, ao mesmo tempo em que é a voz da “comunidade”<sup>3</sup> (Nascimento e Correa, 2008; Nunes, trad et al., 2002), também é aquele que deve repassar para ela informações que o conhecimento biomédico dispõe (Brasil, 1996; 2001; Brasil, 1994). Desse ponto de vista, esse lugar do ACS deveria articular dois espaços: o da saúde institucionalizada (fundamentada em um discurso biomédico) e o “da comunidade”. Este é o pressuposto<sup>4</sup>. O ACS diz, então, na injunção da intermediação, colocando em relação (de tensão, de contradição, de sobreposição, de apagamentos) os serviços de saúde, a rede

<sup>2</sup> Não se pode deixar de notar que não se trata de qualquer população. São divisões políticas que se dão em um imaginário universal social. É aí que funciona, produtivamente, a referência à “comunidade”.

<sup>3</sup> As aspas são uma forma de marcar um não comprometimento dos autores com o efeito de sentido estabilizado em torno de ‘comunidades’. Essa discussão seria objeto de um outro artigo, mas adiantamos que um dos efeitos do uso de comunidade é o gesto de homogeneizar um grupo ao mesmo tempo que o retira da sociedade. Em termos parafrásticos, dificilmente encontraremos a designação ‘comunidade’ funcionando na referência a moradores de um bairro rico de uma cidade. Há aí já a primeira pista nos modos de divisão do social e do político que essa designação imprime.

<sup>4</sup> Uma das perguntas que fazemos é justamente a de compreender se desse lugar de onde o ACS enuncia, constrói-se ou não uma outra discursividade ou, mais exatamente, qual é essa discursividade construída por esse lugar. Não é essa a pergunta que norteará o presente artigo, mas ela está no fundo da reflexão.

social que existe no local onde se situa, os diferentes níveis de administração pública. É desse lugar que o ACS produz sentidos que o vinculam à instituição de saúde.

No presente artigo, partimos da hipótese de que o pertencimento do ACS à instituição pública de saúde não é facilmente percebido, seja pela instituição (entendida no movimento entre a especificidade material das Unidades Básicas de Saúde e todo o percurso de dizeres, de saberes, de poderes que atravessam suas relações com os diferentes níveis gestores até seu nível máximo - o Ministério da Saúde), seja pelo próprio ACS. Este profissional, ao mesmo tempo em que deseja a segurança institucional, reconhece que a sua atuação é diferente de outros profissionais que são plenamente, ou, pelo menos, mais instituídos. É nesse distanciamento ou, melhor dizendo, estranhamento, que se deseja analisar o discurso institucional a respeito do papel dos ACS, compreendendo como a instituição significa o trabalho do ACS. Mais particularmente, trabalharemos aqui com a textualização jurídica que na sua tessitura produz injunções a esse profissional. Se, de um lado, há evidentemente um estranhamento, um incômodo, por outro lado, não é mais possível dizer que o ACS esteja fora da instituição, instituição que configura sentidos para a saúde pública.

No contexto específico da Saúde Coletiva, mais especificamente, na Saúde da Família, é importante compreender as formas de trabalho com a “comunidade” e, conseqüentemente, entre seus trabalhadores (dentre eles o agente comunitário de saúde). As relações de poder e o local de onde os sujeitos estão produzindo o seu discurso apontam para opacidades derivadas da tensão existente entre a língua e a ideologia. Isso porque, do ponto de vista discursivo, falar é uma prática significativa que articula indissociavelmente sujeito, história e língua. Falar é uma prática política (Orlandi, 1996).

## 2. O AGENTE COMUNITÁRIO NO DISCURSO

Na história das ciências e na das Instituições, várias são as linhas e vertentes que abordam a saúde enquanto algo restrito ao biológico. Do ponto de vista de uma abordagem materialista-histórica, deixa-se de lado, nessas linhas e vertentes, a existência de um processo interpretativo, da história e do político e, por isso, o objeto analisado parece claro, sem opacidades. É desse lugar materialista-histórico que se buscará compreender o Agente Comunitário de Saúde.

Uma entrada possível para essa reflexão pode se dar por meio das leis/normas/documentos produzidos pelo Ministério da Saúde. Nosso recorte para retomar esses documentos será o da institucionalização do Agente Comunitário de Saúde por meio das leis.

É importante lembrar que, de nossa posição teórica, os sentidos resultam de relações, um discurso aponta para outros discursos que o sustentam, assim como projeta dizeres futuros: não há começo nem fim para o discurso. Os sentidos se textualizam na rede interdiscursiva e intertextual. Assim, os textos não devem ser considerados como comprovação ou mesmo tomados sob o modo de uma leitura linear. Eles constituem um vai-e-vem de sentidos que só pode ser compreendido quando se abandona uma busca cronológica da constituição dos sentidos e encara-se o processo discursivo que os estabiliza enquanto tais. É desse modo que procedemos à seguinte análise.

## 2.1. Material analisado

Para a constituição do *corpus* utilizado neste trabalho, os autores consultaram a legislação do SUS que trata do tema *Agentes Comunitários de Saúde* encontrada em:

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

- Brasília : CONASS, 2003.

604 p.

ISBN 85-89545-01-6

1. SUS (BR). 2. Legislação sanitária. I. Título.

NLM WA 525

CDD - 20.ed. - 362.1068.

Foram selecionados, a partir do conjunto das leis e dos atos normativos, os a serem analisados. O material analisado constituiu-se de:

- \*Lei no. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências) (Brasil, 1990b)
- \*Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990a)
- \*Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS publicada em 06 de novembro de 1996. (Portaria n. 2.203) [NOB-SUS/96] (Brasil, 1997a)
- \*Portaria n. 1886/GM de 18 de dezembro de 1997 (Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família) (Brasil, 1997b)
- \*Portaria n. 157/GM de janeiro de 1998 (Brasil, 1998)
- \*Portaria n. 1348/GM de 18 de novembro de 1999 (Brasil, 1999)
- \*Publicação do Ministério da Saúde sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em janeiro de 2001 [PACS]. (Brasil, 1999)
- \*Portaria n. 868/GM de 07 de maio de 2002 (Fixa o valor do incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde) (Brasil, 2002b)
- \*Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002 (Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências) (Brasil, 2002a)
- \*Lei n. 11.350 de 05 de outubro de 2006 (Dispõe sobre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias). (Brasil, 2006)

### 3. AS ANÁLISES

#### **Lei 8.080 – constitui o SUS**

Art. 2º. § 1º: O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem **acesso universal e igualitário** às ações e aos serviços para a sua *promoção, proteção e recuperação*. (grifos nossos)

Começamos a tecer a rede: SUS: promoção, proteção, recuperação da saúde. **Acesso universal e igualitário**.

Encontramos No SUS explicitados treze princípios e diretrizes, dentre eles:

Titulo I, Capítulo II, Artigo 7º: Dos Princípios e Diretrizes a **universalidade** do acesso, a **integralidade** e a **igualdade da assistência**. (grifos nossos)

Uma primeira parada se faz necessária. Vemos funcionando na relação com o SUS um *pré-construído* (Pêcheux, 1988): quando o SUS é referido, é sempre sintetizado como um sistema constituído por três princípios: universalidade, integralidade, igualdade. Porém é interessante observamos que na criação do SUS os princípios descritos como inerentes ao Sistema são vários outros além desses três. Mas são esses três que ficam na memória (como pré-construído) que associa SUS a universalidade, igualdade e integralidade.

O que fica de fora desse pré-construído são outros princípios destacados pelo artigo 7º. da lei 8.080 como a *participação da comunidade* (é legislada à parte na lei 8.142 – note-se ainda que, nessa lei, a comunidade é significada pelos Conselhos e o ACS não é mencionado); *preservação da autonomia; direito à informação; divulgação da informação; descentralização político-administrativa; integração das ações de saúde, meio-ambiente e saneamento* (artigo 7º, capítulo II da lei 8.080).

É importante observar que nada é dito sobre o Agente Comunitário da Saúde ou sobre a Saúde da Família (doravante SF). Esse silêncio significa muito na relação com esse pré-construído que apaga outros princípios que fundamentam a criação do SUS.

### **Lei 8.142 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS**

A participação da comunidade, como já referido e instituído pelo artigo 7º, é um dos princípios do SUS que ganha configuração por meio de lei própria. E como é que a participação da comunidade é trabalhada nessa lei? Por meio de duas instâncias colegiadas: A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Vejamos:

§ 1o: A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de saúde.

§ 2o. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo

chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.  
(grifos nossos)

O que é comunidade aí? Segmentos sociais/usuários? Ou todos aqueles que estão envolvidos: governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários? Essa é uma interessante dispersão de sentidos que nos demanda melhor compreensão. O que indicamos aqui é o vai-e-vem discursivo que sustenta sua dispersão.

### **Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96)**

A NOB 96 é sem dúvida alguma uma referência construída na história para as outras leis, portarias e documentos. Nela veremos as designações Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) comparecerem.

Nessa rede de filiações, começamos a melhor compreender o pré-construído dos três princípios que fundamentariam o SUS:

#### Introdução –

(...) Esses ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito à saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas – econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral). (...) (grifos nossos)

O SUS vai sendo redito no lugar do pré-construído, significando na relação entre esses três princípios, apagando aqueles outros enunciados.

E também vai-se construindo os espaços possíveis de significação do ACS:

#### Finalidade –

(...) Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

(...)

b. os instrumentos gerenciais para que os municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;

(...)

e. os vínculos dos serviços com seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

Há um espaço aí indicado para a gestão (produção, formulação e circulação de um conhecimento sobre a saúde) nas mãos do município que estaria encarregado por sua vez de

estabelecer, no interior dessa gestão, o vínculo dos serviços com os seus usuários para criar condições de uma efetiva participação e controle social. Aqui estaria justamente o lugar do ACS, porém o que observamos é que esse lugar não é trabalhado nos textos em que ele é designado enquanto ACS. Trabalha-se tão somente a primeira parte: a da articulação. A participação e o controle social são esquecidos:

#### 9. Bases para um novo modelo de atenção à saúde

A composição harmônica, integrada e modernizada do SUS visa, fundamentalmente, atingir a dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são:

a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS; e

a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade.

(...) Além da ampliação do objeto e da mudança no método, o modelo adota novas tecnologias, em que processos de educação [social] e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível ou ação, na medida em que permitem a compreensão globalizadora a ser perseguida, e fundamentam a negociação necessária à mudança e à associação de interesses conscientes (...) (grifos nossos)

Interessante que a presença da comunidade/sociedade traz junto a necessidade da educação e da comunicação com o objetivo da “compreensão globalizadora”. Cabe perguntar: de quem em relação a quê?

Além disso, nossas análises destacam que a “negociação” fundamentada é estabelecida por meio da educação (unidirecional) e da comunicação/divulgação (unidirecional). Todos movimentos que buscam a “associação de interesses conscientes”. Voltamos a perguntar: a quem falta consciência? A educação e a comunicação preencheriam essa falta de consciência, portanto.

O ACS ainda não é nomeado, porém vê-se aí a construção de seu lugar, que será sempre vinculado à possibilidade da mudança no modelo e à necessidade de educação e comunicação. Normas são estabelecidas visando justamente a necessidade de uma comprovação de formação do ACS, fazendo com que essa escolarização formal seja o índice de capacitação para a função que esse profissional deverá ocupar. Junto a isso, vem sempre a responsabilidade de ser o veículo de comunicação: um tradutor. Veremos isso mais adiante.

Na NOB/96 o ACS será nomeado somente na 12ª. parte referente ao Custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial, no item 12.1.2 Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nada é dito sobre sua função, nenhuma qualificação é enunciada, mas tão somente os acréscimos ao Piso Assistencial Básico para os municípios que contam com a atuação de equipes de saúde da família ou com agentes comunitários. Mostra-se aí um vínculo que acompanha os sentidos do ACS ao Programa da Saúde da Família. Invariavelmente, os programas comparecem conjuntamente, mesmo que sob formas de relação diferentes, conforme veremos mais adiante.

É importante ainda frisar que, mesmo que a qualificação do ACS não seja feita pontualmente, percebemos na relação de sentidos que estamos apontando o espaço do ACS como o de controle, administração dos sentidos da/na comunidade. Voltaremos a isso.

#### **Portaria 1886/GM – aprova as normas e diretrizes do PACS e PSF.**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando que

O Ministério da Saúde estabeleceu no seu Plano de Ações e Metas priorizar os Programas de Agentes Comunitários e de Saúde da Família, estimulando sua expansão;

O Ministério da Saúde reconhece no PACS e no PSF importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, RESOLVE:

art.1o Aprovar as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família nos termos dos Anexos I e II desta Portaria (...) (grifos nossos)

Este argumento – “contribuir na reorientação da assistência” – é regular na sustentação da criação do ACS. Por exemplo, na publicação do MS sobre o PACS, encontramos também essa regularidade (página 5), porém com um acréscimo muito produtivo discursivamente: “O PACS, importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, é hoje compreendido como estratégia transitória para o PSF”. Como vemos, há um deslocamento de sentido em que se projeta uma deriva: o ACS é transitório, prepara o espaço ambulatorial para sua extensão ao espaço domiciliar e familiar. Se transitório, seria também dispensável projetivamente? É o que veremos mais adiante.

Antes, porém, há algo a mais a ser observado: o PACS é uma importante estratégia para o aprimoramento e a consolidação do SUS. Esse argumento nos obriga uma pergunta: o que falta no SUS que o ACS preenche? Na relação entre aquilo que fica e aquilo que é apagado nos princípios do SUS, comentado logo no início de nossas análises, vemos traçar-se o lugar da educação como o lugar de preenchimento do ACS: os princípios do “direito à informação” e da “divulgação da informação”. De que modo que essa educação está sendo pensada? Algumas pistas nos são dadas, vejamos:

ANEXO I da PORTARIA 1886/GM  
Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

1. Ao Ministério da Saúde, no âmbito do PACS, cabe:  
(...)
- 1.2 Definir normas e diretrizes para a implantação do Programa.  
(...)
- 1.5 Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos federais ao Programa; regulamentar e regular o cadastramento dos ACS e enfermeiros instrutores/supervisores no SAI/SUS.  
(...)
- 1.7 Disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de capacitação e educação permanente dos ACS e dos enfermeiros instrutores/supervisores.  
(...)

É interessante observar que vêm do MS os parâmetros pedagógicos do que seja ser/atuar como ACS, bem como os parâmetros reguladores do cadastramento dos ACS e dos enfermeiros. Seria importante perguntarmo-nos que condições estão na base dessa padronização, se ainda levamos em conta a insistência da NOB/96 em colocar os municípios no lugar da gestão e não da resposta a serviços de saúde. Vemos como o município vai sendo despolitizado nessas relações, respondendo tão somente por um preenchimento burocrático de uma demanda:

3. Às Secretarias estaduais de Saúde, no âmbito do PACS, cabe:  
(...)
- 3.2 Estabelecer, em conjunto com a instância de gerenciamento nacional do programa, as normas e diretrizes do programa.  
(...)
- 3.11 Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de capacitação e educação permanente dos ACS.
- 3.12 Capacitar e garantir processo de educação permanente aos enfermeiros instrutores/supervisores dos ACS.

[Responsabilidade do município]

4. O município deve cumprir os seguintes REQUISITOS para sua inserção ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde:

4.1 Apresentar ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde onde está aprovada a implantação do programa.

4.2 definir unidade básica de saúde para referência e cadastramento dos ACS.

4.3 Comprovar a existência do Fundo Municipal (...)

4.4. Garantir a existência de profissionais enfermeiros com dedicação integral (...) na proporção de no máximo 30 ACS para 01 enfermeiro.

5. A adesão ao PACS deve ser solicitada, pelo município, (...)

Ao município cabe ter condições (ter demanda, ter recurso, ter pessoal) de inserir-se no Programa, não há, pois, autonomia de gestão e promoção do ACS para o município.

Continuemos nossa rede de sentidos:

[Diretrizes Operacionais]

(...)

8.2. Um ACS é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas.

(...)

8.4 São considerados requisitos para o ACS: ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

8.5 O ACS deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde<sup>5</sup>, através de visitas domiciliares e de ações educativas<sup>6</sup> individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor/supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência.

(...)

8.8 O ACS deve ser capacitado para prestar assistência<sup>7</sup> a todos os membros das famílias acompanhadas, (...)

8.9 O conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território de trabalho<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> Há uma ressonância desafinada aí: no SUS ressoa sempre *promoção, proteção e recuperação da saúde*, ficando clara a restrição do ACS: ele não trata da recuperação da saúde, ou seja, não trata do paciente, apenas o encaminha.

<sup>6</sup> Pressupõe uma unidirecionalidade da ação educativa: da UBS para a comunidade.

<sup>7</sup> Se em 8.5 fica clara a restrição, o sentido de assistência aqui deve ser compreendido em sua ambivalência, já que o SUS – promoção, proteção e recuperação da saúde – se propõe a assistência integral.

<sup>8</sup> Levando em conta que a capacitação fica a cargo do enfermeiro instrutor/supervisor, quem identifica os problemas se quem vai a campo é o ACS? Isso nos indica uma autorização/desautorização contraditória que está na base da constituição do ACS

8.10 A substituição de um ACS (...) poderá ocorrer em situações onde o ACS: (...) gera conflito ou rejeição junto a sua comunidade<sup>9</sup> (...) (grifos nossos)

Nas diretrizes operacionais básicas, vemos funcionar uma rede de memória que ao mesmo tempo em que estabelece a função básica do ACS como a de promover a educação, desautoriza-o de seu lugar de construtor desse conhecimento, além de desautorizar a população/comunidade desse lugar também. O que implica, como já comentado anteriormente, no apagamento da promoção da participação e controle sociais. Há uma dissensão de sentidos sob a forma de tensão e contradição, que significa o lugar do conhecimento que cabe ao ACS. Isso demanda um grande cuidado por parte dos grupos gestores de políticas públicas em saúde. Esses sentidos precisam ser trabalhados não na direção de linearizá-los e uniformizá-los, mas justamente na produtividade desta dissensão, na observância e escuta da contradição.

Avancemos um pouco mais:

8.14 São consideradas atribuições básicas dos ACS nas suas áreas territoriais de abrangência: [São elencadas 33 atribuições].

Parece-nos haver nesse elenco de atividades básicas um excesso, que vai do cadastramento das famílias à busca ativa das doenças infecto-contagiosas. Esse excesso se faz mais visível, se comparamos esse modo de enunciar (detalhado) ao modo sintético e geral com que se descreve as diretrizes operacionais da unidade de saúde da família e da equipe de saúde da família.

É bom lembrar que se trata de uma portaria de normas e diretrizes para o PACS e o PFS. No PACS, nada é articulado ao PSF. Essa relação, porém, não é simétrica, já que, no PSF, o ACS aparece como um integrante possível e recomendado da equipe da SF, mas não obrigatório.

## ***ANEXO II da PORTARIA 1886/GM***

Normas e Diretrizes do Programa de Saúde da Família (PSF)

(...)

11. Caracterização das equipes de saúde da família:

11.1 Uma equipe (...) pode ser responsável (...) por, no máximo, 1000 famílias ou 4.500 pessoas.

11.2 Recomenda-se que uma equipe de saúde da família deva ser composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico,

<sup>9</sup> Quem define o que sejam os conflitos?

enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS (na proporção de uma ACS para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas).

11.3 Para efeito de incorporação dos incentivos financeiros (...), as equipes deverão atender aos seguintes parâmetros mínimos de composição:

11.3.1 médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS (na proporção de uma ACS para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas) ou

11.3.2. médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem.

Assim, o papel do ACS, no limite, seria dispensável. O que contrasta mais ainda com esse excesso de funções mínimas descritas no detalhe atribuídas ao ACS. Essa relação entre o PSF e o PACS deve ser melhor compreendida, lembrando da pista deixada na publicação de 2001 em que o ACS é colocado como estratégia transitória (que trânsito o ACS permite que se faça?) para o PSF.

### **Publicação do Ministério da Saúde – PACS**

#### Conceito

O PACS, importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, é hoje compreendido como estratégia transitória para o PSF. O Programa foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde. Sua meta se consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. O desenvolvimento das principais ações deste programa se dá por meio dos ACS, pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população. O ACS deverá atender entre 400 e 750 pessoas, dependendo das necessidades locais, e desenvolverá atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente, como: {São listadas 18 atividades. Há, portanto, um redimensionamento que retira um pouco o sentido de excesso na sua caracterização inicial}(grifos nossos)

A meta do PACS pode ser compreendida como: reorientar a assistência, reorganizar o serviço de saúde, integrar as ações dos diversos profissionais para, enfim, produzir uma ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. Diríamos que temos aqui um indicativo de algo novo, que é quebrado quando entra o sujeito: o ACS. Sim porque até esse momento textualiza-se o programa. Quando se descreve o papel do ACS, volta-se para a ação educativa – sob supervisão “competente” – que tem o objetivo de prevenir a doença e promover a saúde. Volta-se para um sentido de educação enquanto acesso à informação,

divulgação da informação já construída em lugares competentes. Apaga-se mais uma vez o espaço possível do ACS como aquele que trará para a UBS conhecimento vindo da população (ele aí incluído), apagam-se os espaços possíveis para a participação e controle social. Mas é importante lembrar que esse apagamento não implica em interditar essa possibilidade de significação, já que essas relações são contraditórias e podem vir a ser outras.

### **Lei 10.507 – Cria a profissão de ACS**

Art. 1º Fica criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, nos termos desta Lei.

Parágrafo único: O Exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 2º A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações {?} domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor local deste.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:

residir na área da comunidade em que atuar;

haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;

haver concluído o ensino fundamental.

§ 1º Os que na data de publicação desta Lei exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde, na forma do art. 2º, ficam dispensados do requisito a que se refere o inciso III deste artigo, sem prejuízo do disposto no § 2º.

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde estabelecer o conteúdo programático do curso de que trata o inciso II deste artigo, bem como dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos agentes mencionados no § 1º.

Art 4º O Agente Comunitário de Saúde prestará os seus serviços ao gestor local SUS, mediante vínculo direto ou indireto.

Parágrafo único: caberá ao Ministério da Saúde a regulamentação dos serviços de que trata o caput.

Art 5º O disposto nesta Lei não se aplica ao trabalho voluntário.

Art 6º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.(grifos nossos)

Como vemos, não há remissão à portaria 1.886 em que as normas e diretrizes do PACS são estabelecidas. Cabe ao MS estabelecer a regulamentação dos serviços que serão prestados pelo ACS. A remissão direta é ao SUS. O que nos permite voltar aos princípios que estão na base do SUS e que implicam no direito à informação e à divulgação da informação. Os sentidos de conhecimento, quando significados na relação com o ACS,

estabelecem uma relação com a educação, com o direito à informação, com a divulgação de informação.

Ao mesmo tempo, é preciso observar que ‘ações’ sofre uma interessante elipse, já que não é qualificada. É a memória discursiva que nos permite trabalhar essas ações na relação com a educação, perguntando-nos sempre que outras ações poderiam estar sendo aí significadas.

A exigência de uma qualificação formal – o ensino fundamental -, no lugar de saber ler e escrever, nos mostra, também, uma direção de sentido que aponta para um determinado tipo de conhecimento que está pressuposto na relação com a comunidade, soma-se a isso o fato de que o curso de capacitação terá seu conteúdo programático estabelecido pelo MS, o que apaga a possibilidade de priorização de conteúdos conforme análise específica do território de atuação do ACS.

Percebemos que a dispersão de sentidos na significação de conhecimento nessas textualizações – divulgação (de X para Y); controle; articulação/intermediação; “porta-voz” (de quem?) – começa a ser restrita na direção da transmissão de um conhecimento fechado e em bloco (típico do funcionamento de Cartilha) a ser informado à população que, uma vez registrado estar ciente dessas informações, passa a ser responsabilizada pela promoção, proteção e recuperação da saúde, já que, conforme se enuncia no SUS:

§ 2o do Art. 2o: O dever do estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

### **Lei 11.350 – Dispõe sobre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias**

Art. 1o As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passam a reger-se pelo disposto nesta Lei.

Art. 2o O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.

Art. 3o O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Art. 4o O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

Art. 5o O Ministério da Saúde disciplinará as atividades de prevenção de doenças, de promoção da saúde, de controle e de vigilância a que se referem os arts. 3o e 4o e estabelecerá os parâmetros dos cursos previstos nos incisos II do art. 6o e I do art. 7o, observadas as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

Art. 6o O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;

II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e

III - haver concluído o ensino fundamental.

§ 1o Não se aplica a exigência a que se refere o inciso III aos que, na data de publicação desta Lei, estejam exercendo atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde.

§ 2o Compete ao ente federativo responsável pela execução dos programas a definição da área geográfica a que se refere o inciso I, observados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 7o O Agente de Combate às Endemias deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

I - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e

II - haver concluído o ensino fundamental.

Parágrafo único. Não se aplica a exigência a que se refere o inciso II aos que, na data de publicação desta Lei, estejam exercendo atividades próprias de Agente de Combate às Endemias.

Notamos que esta lei de 2006, apesar de revogar a anterior de 2002, que criava a profissão de agente comunitário de saúde, em nenhum momento fala de profissão, apenas de atividades, inclusive descrevendo-as no “Parágrafo único”, o que não existia na lei

anterior. Mesmo o texto trazendo a distinção entre o agente comunitário de saúde (ACS) e o agente de combate às endemias (ACE), coloca-os juntos, apesar de diferentes, na mesma lei. Também não são listadas as atividades dos ACE como no caso dos ACS.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que procuramos mostrar com esse breve recorte analítico, e dentro de nossa inquietação sobre os efeitos da institucionalização do agente comunitário de saúde, foi justamente o fato de que tratar de relações de sentido nos mostra como o discurso funciona, trabalhando em vai-e-vem os processos de significação. Apontando projetivamente aquilo que é possível ser dito e não dito, e aquilo que não dito, já estava presente pela própria possibilidade aberta pelo discurso. É nesse sentido que essas análises preliminares devem ser compreendidas. E, portanto, devem também ser compreendidos os jogos tensos e contraditórios que estruturam a institucionalização do profissional agente comunitário da saúde e seus percursos projetivos para que possamos dentro das políticas públicas que envolvem sempre tomadas de decisão e, portanto, escolhas, dar uma maior visibilidade para que direções essas escolhas estão seguindo e em que região de sentidos estão se sedimentando.

O texto da Lei 11.350, que revoga a Lei 10.507, tira a identificação de profissão e traz a indistinção entre o agente comunitário de saúde (ACS) e o agente de combate às endemias (ACE). O processo de institucionalização do ACS mostra que ele vem sendo silenciado nas suas funções, sofrendo um processo de apagamento. Há a produção de uma desidentificação do ACS, fazendo com que ele não se reconheça em nada, há uma deslegitimação pela impossibilidade de convivência do Estado com um discurso que pudesse desestabilizar aquilo que vem funcionando dentro de protocolos e processos já estabelecidos pelo sistema.

Com isso fechamos provisoriamente essa reflexão lembrando que quando se fala em transformações e procura de novas relações entre as políticas públicas e a comunidade, tratam-se de relações em processo de construção. Desta forma pode-se transferir o comentário de Pêcheux sobre o discurso da esquerda na década de 60 francesa, onde ele diz que este “é difícil de se sustentar porque está pensando em transformar o mundo e, desta forma, não tem um terreno constituído para sustentar o seu discurso” (PÊCHEUX, 2002).

Uma real relação – que é sempre tensa – entre o Estado e a sociedade (dita nas leis como comunidade) que permita que o Estado também se desestabilize por derivas e deslocamentos naquilo que já há muito está cristalizado e institucionalizado não tem – as textualidades das diversas leis e outros textos governamentais nos mostraram – terreno constituído para sustentar essa discursividade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências) 1990a Acesso em: 03/04/2009. Disponível em:<http://br.vlex.com/vid/comunidade-transferencias-intergovernamentais-34297333>.

\_\_\_\_\_. Lei no. 8.080 (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências) 1990b Acesso em: 03 de abril de 2009. Disponível em:[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm).

\_\_\_\_\_. Saúde da Família: Uma estratégia de organização dos serviços de saúde. . M. D. Saúde. 1996 Acesso em: Disponível

\_\_\_\_\_. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Portaria n. 2.203. B. Ministério Da Saúde. 1997a Acesso em: Disponível

\_\_\_\_\_. Portaria n. 1886/GM de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. B. Ministério Da Saúde. 1997b Acesso em: 05 de março de 2009. Disponível em:[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf).

\_\_\_\_\_. Portaria n. 157/GM de janeiro de 1998. Estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos Municípios aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família. B. Ministério Da Saúde. 1998 Acesso em: 5 de março de 2009. Disponível em:  
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria157.pdf>.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 1348/GM de 18 de novembro de 1999. Define critérios para a regulamentação do incentivo a Municípios que tenham projetos similares ao Programa de Saúde da Família. B. Ministério Da Saúde. 1999 Acesso em: 05 de março de 2009. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria1348.pdf>.

\_\_\_\_\_. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). M. D. S. S. E. Brasil. 2001 Acesso em: 05 de março de 2009. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11.350 de 05 de outubro de 2006. Dispõe sobre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. . B. Ministério Da Saúde. 2006 Acesso em: 05 de março de 2009. Disponível em:[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei11350\\_05\\_10\\_06.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei11350_05_10_06.pdf).

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. B. Ministério Da Saúde. 2002a Acesso em: 05 de março de 2009. Disponível em:<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2002/10507.htm>.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 868/GM de 07 de maio de 2002. Fixa o valor do incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde. B. Ministério Da Saúde. 2002b Acesso em: 05 de março de 2009. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20n%20868.pdf>.

Comissão Intergestores Tripartite. Qualificação de Agentes - SGETES. Sgetes. 2003 Acesso em: Disponível

em:[http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/debates\\_3.cfm?debate=66&txt=340](http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/debates_3.cfm?debate=66&txt=340).

Ferreira, Vitória Solange Coelho, Cristina Setenta Andrade, et al. Community health agents' work process and restructuring. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.4, p.898-906. 2009.

Nascimento, Elisabet Pereira Lelo e Carlos Roberto Silveira Correa. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.6, p.1304-1313. 2008.

Nunes, Mônica De Oliveira, Leny Bonfim Trad, et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.6, nov-dez, p.1639-1646. 2002.

Orlandi, E. P., Ed. *Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico*. Petrópolis, RJ: Vozes. 1996.

\_\_\_\_\_, Ed. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes. 1999.

Pêcheux, M. *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas, SP: Unicamp. 1988

Pêcheux, M. *Discurso: Estrutura ou Acontecimento*. Trad. Eni P. Orlandi Campinas, Sp: Pontes Editores, 2002.

---

Data de Recebimento: 30/03/2010  
Data de Aprovação: 05/05/2010

**Para citar essa obra:**

CÔRREA, Carlos; PFEIFFER, Claudia Castellanos; LORA, Adriano Peres. O Agente Comunitário de Saúde - Uma História Analisada. RUA [online]. 2010, no. 16. Volume 1 - ISSN 1413-2109

Consultada no Portal Labeurb – *Revista do Laboratório de Estudos Urbanos do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade*

<http://www.labeurb.unicamp.br/rua/>

**Laboratório de Estudos Urbanos – LABEURB**  
**Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade – NUDECRI**  
**Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP**

<http://www.labeurb.unicamp.br/>

**Endereço:**

Rua Caio Graco Prado, 70  
Cidade Universitária “Zeferino Vaz” – Barão Geraldo  
13083-892 – Campinas-SP – Brasil

**Telefone/Fax:** (+55 19) 3521-7900

**Contato:** <http://www.labeurb.unicamp.br/contato>