

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BRUNA FLÔRES MARTINS

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA POLÍTICA DE SAÚDE
MENTAL

Alinhavando redes de cuidado

Maringá
2025

BRUNA FLÔRES MARTINS

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA POLÍTICA DE SAÚDE
MENTAL

Alinhavando redes de cuidado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lucia Boarini

Maringá
2025

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

M386a

Martins, Bruna Flôres

Agentes comunitários de saúde na política de saúde mental : alinhavando redes de cuidado / Bruna Flôres Martins. -- Maringá, PR, 2025.
183 f. : il. color., figs., tabs., mapas

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lucia Boarini.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.

1. Agente comunitário de saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Reforma psiquiátrica. 4. Saúde mental . 5. Políticas Públicas de Saúde. I. Boarini, Maria Lucia, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 23.ed. 362.20524



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia



Bruna Flôres Martins

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA POLÍTICA DE SAÚDE
MENTAL: Alinhavando redes de cuidado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA

Documento assinado digitalmente
gov.br MARIA LUCIA BOARINI
Data: 28/07/2025 18:31:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Maria Lucia Boarini
(Orientadora/Presidenta) – PPI/UEM

Profa. Dra. Marcia Valéria
Guimarães Cardoso Morosini
Examinadora – Externa - FIOCRUZ

Profa. Dra. Lilian Denise Mai
Examinadora - Externa- PPP/UEM

Documento assinado digitalmente
gov.br LEIDYANI KARINA RISSARDO
Data: 28/07/2025 20:41:41-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Leidyani Karina Rissardo
Examinadora – Externa – SMSM

Aprovado em 28/07/2025

Defesa realizada na modalidade híbrida, Bloco 118 - Sala de Vídeo

*Aos ACS, aos demais trabalhadores do SUS,
aos conselheiros de saúde, aos sanitaristas,
aos mentaleiros, aos pesquisadores,
à “rapaziada que segue em frente e segura o rojão”*

AGRADECIMENTOS

Temos o costume de dizer que a pesquisa acadêmica é muito solitária, mas, em hipótese alguma, podemos afirmar que ela é feita sozinha. Se eu fosse começar os agradecimentos “pelo começo” (se é que é possível encontrar o começo dessa jornada), teria que citar as professoras da minha primeira instituição de ensino e seguir pelo colégio, graduação e pós-graduação.

Talvez começar do começo fosse iniciar os agradecimentos pela Claudia, minha mãe, que sempre me deu colo, apoio e segurança para que eu pudesse caminhar sozinha, sabendo que ela sempre estaria por perto, caso eu precisasse.

Também preciso agradecer à minha família, que sempre teve o hábito da leitura. Era comum, aos finais de semana, após o almoço, deitarmos eu, minha avó Carmes, minha tia Simone e minha mãe, cada uma com um livro para acompanhar a tarde. Já na casa do meu avô Adão e da minha avó Rute, os dois gostavam de brincar de escolinha comigo e de me cobrar a tabuada, sempre com o auxílio da minha tia Joceline. Meu avô Adão me deu a inspiração para escrever a metáfora de tecer a rede, uma vez que ele fazia redes de pesca. Certa vez, ele costurava uma delas e precisou desfazer, porque algo não havia saído como esperado. Então ele disse: “Tem que fazer a rede bem-feitinha, se não, na hora da pescaria, ela rasga”. Também é viva a lembrança do dia em que meu dindo Rodrigo me deu um livro do *Pinóquio* antes de uma viagem e pediu que eu fizesse um resumo e lhe entregasse quando ele voltasse.

Na figura do meu dindo, também agradeço aos outros professores da família, que me inspiram a seguir a carreira acadêmica: Tia Elda, Tia Cléa, Si, Mari e Usa. Falando em padrinhos, o “meu Padi” sempre foi fonte de alegria e afeto, estimulando minha

criatividade com suas piadas e brincadeiras. Estendo o agradecimento a toda a minha família, que sempre me apoiou com muito amor e incentivo.

Dando agora um salto temporal, agradeço ao Pedro, o meu “mozão”, que tomou para si o meu desejo de fazer o mestrado, me apoiando e me nutrindo (com marmitas e afeto) para que eu pudesse me dedicar o máximo possível a essa empreitada.

À minha sogra, Aurora, agradeço pelo incentivo e pela lembrança da importância do descanso. Também agradeço à Lilith minha *cãopanheira*, que esteve comigo em todas as tarefas do mestrado — mesmo quando tirava seus cochilos.

Agradeço à minha querida professora e orientadora, Maria Lucia, que teve a gentileza de me acompanhar durante todo esse caminho, mesmo quando eu tinha pouco (ou quase nenhum) conhecimento sobre saúde pública e saúde mental. Ficam aqui meu agradecimento e minha admiração por tantos anos de docência e de luta por um SUS de qualidade.

À banca constituída pelas Profas. Dras. Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini, Lilian Denise Mai e Leidyani Karina Rissardo, que gentilmente compartilharam conhecimento, enriquecendo minha pesquisa e fazendo com que eu me encantasse ainda mais com o tema.

À Profa. Dra. Sylvia Mara Pires de Freitas, que, desde a graduação, me inspira com sua dedicação e comprometimento com a Psicologia.

Agradeço aos colegas do Grupo de Estudos e Pesquisa em Higiene Mental e Eugenia (GEPHE), pelas ricas e prazerosas discussões de toda primeira segunda-feira do mês. Também agradeço aos participantes do GEPHE que se dedicaram à construção dos documentos presentes no site, os quais foram essenciais para a elaboração da minha pesquisa.

À Secretaria de Saúde de Maringá, aos coordenadores das UBS onde realizei a pesquisa de campo e, principalmente, aos ACS, que abriram um tempo em seu cotidiano atarefado para dividir comigo um pouco da história e do conhecimento de cada um.

Ao Norberto, secretário do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPI-UEM), que sempre se dispôs a tirar dúvidas e a ser apoio para os discentes do programa.

À Professora Adriane Wollmann, que me permitiu fazer o estágio em docência em sua disciplina, gentilmente dividindo comigo esse espaço tão rico que é a sala de aula e, com isso, mesmo sem perceber, me ensinou um pouco mais sobre a função da docência.

Às minhas colegas de trabalho — Vivi, Bianca, Simone, Ana, Dirceli, Bruna Lopes, Dani, Débora e Naza —, que sempre me apoiaram e dividiram os plantões dos finais de semana, de forma que eu pudesse me dedicar ao estudo e à escrita deste trabalho.

Aos meus amigos e amigas, que foram minha *rede* de apoio, me ajudando a descansar e a me divertir ao longo do processo, que escutaram as minhas angústias e que sempre torceram por mim. Me faltam palavras para agradecer vocês todos. Quando penso em vocês, me lembro de Mercedes Sosa cantando: “Gracias a la vida que me ha dado tanto...”

Martins, B. F. (2025). *Agentes comunitários de saúde na Política de Saúde Mental: alinhavando redes de cuidado*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.

RESUMO

Este estudo propôs compreender como se desenvolve o cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde (ACS), elucidando seu papel na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua articulação com as políticas de saúde mental. Realizamos uma incursão histórica sobre os profissionais e os programas de atenção domiciliar, bem como sobre os recentes retrocessos das políticas de saúde. Conduzimos uma pesquisa de campo em sete Unidades Básicas de Saúde de um município de grande porte do norte do Paraná. Entrevistamos, em cada unidade, um ACS com maior e outro com menor tempo de trabalho, totalizando 14 profissionais, a fim de verificar se as concepções de saúde e os posicionamentos dos agentes se alteram com o tempo de atuação. Para a análise, utilizamos como referência o processo histórico da construção das necessidades em saúde e da atuação dos ACS. Os resultados demonstraram que o sucessivo desmonte das políticas públicas nacionais, especialmente as de saúde, tem descaracterizado o papel do ACS, o que dificulta a realização de visitas domiciliares e mantém os profissionais em funções burocráticas. Tal conclusão é corroborada por outras pesquisas sobre a temática. Em relação à saúde mental, os resultados evidenciam a dificuldade dos ACS em perceber as possibilidades de atuação e os modos de intervenção junto aos usuários. Assim, reafirmamos a relevância dos ACS que, quando orientados pelos princípios do SUS, da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, atuam como pilar da Atenção Primária à Saúde, promovendo vínculos e mobilizando redes rumo ao cuidado em liberdade.

Palavras-chave: agente comunitário de saúde, Atenção Primária à Saúde,
Reforma Psiquiátrica, saúde mental

ABSTRACT

This study aimed to understand how mental health care is developed by community health workers (agentes comunitários de saúde, ACS), elucidating their role in strengthening Brazil's Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) and their connection with mental health policies. We conducted a historical review of these professionals and of home-care programs, as well as of the recent setbacks in health policies. Field research was carried out in seven Primary Health Care Units in a large municipality in northern Paraná. In each unit, we interviewed one ACS with longer and another with shorter professional experience, totaling 14 workers, to examine whether their concepts of health and their positions change over time. For the analysis, we drew on the historical process of defining health needs and of the ACS's professional role. The results showed that the successive dismantling of national public policies, especially in health, has distorted the ACS's role, hindering home visits and confining these professionals to bureaucratic tasks. This conclusion is supported by other studies on the topic. Regarding mental health, the findings highlight the ACS's difficulty in recognizing possibilities for action and approaches to intervention with users. Thus, we reaffirm the relevance of the ACS, who, when guided by the principles of the SUS, the Health Reform, and the Psychiatric Reform, act as a cornerstone of Primary Health Care, fostering bonds and mobilizing networks toward community-based care and freedom.

Keywords: community health agent, Primary Health Care, Psychiatric Reform, mental health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – <i>Mapa da cobertura de ACS para a população dos estados brasileiros e do Distrito Federal, de acordo com dados do e-Gestor Atenção Básica de 2020</i>	26
Figura 2 – <i>Barracão de madeira (“cortiço”). Rio de Janeiro, 1906</i>	37
Figura 3 – <i>Treinamentos realizados pela FSESP entre 1942 e 1963</i>	47
Figura 4 – <i>8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma</i>	54
Figura 5 – <i>Série histórica da expansão de CAPS por ano</i>	82
Figura 6 – <i>Série histórica de leitos SUS em hospitais psiquiátricos, por ano</i>	84
Figura 7 – <i>Localização geográfica do estado do Paraná e do norte do Paraná</i>	89
Figura 8 – <i>Momentos de capacitação, formação ou orientações, de acordo com os entrevistados</i>	106
Figura 9 – <i>Demandas em saúde mental citadas pelos ACS entrevistados</i>	127
Figura 10 – <i>Papel dos ACS em relação às demandas de saúde mental, de acordo com os entrevistados</i>	131
Figura 11 – <i>Fluxograma de atendimento na RAS conforme estratificação de risco em saúde mental</i>	138

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – <i>Comparativo entre as PNAB 2006 e 2011</i>	57
Tabela 2 – <i>Comparativo entre as PNAB 2011 e 2017</i>	62
Tabela 3 – <i>Serviços que compõem a RAPS de acordo com a Portaria 3.088/2011</i>	91
Tabela 4 – <i>Informações sobre os agentes comunitários de saúde entrevistados</i>	92
Tabela 5 – <i>Etapas da pesquisa de campo</i>	95

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABHM – Arquivos Brasileiros de Higiene Mental

ACE – Agente de Combate à Endemia

ACS – Agente comunitário de saúde

ADAPS – Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BHM – Boletins de Higiene Mental

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CaSAPS – Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde

CR – Consultório na Rua

CEASA – Central de Abastecimento

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

COPEP-UEM – Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da
Universidade Estadual de Maringá

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

EC – Emenda Constitucional

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FSESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

MCV – Movimento Custo de Vida

MRR – Município Rural Remoto

NASF – Núcleo de Apoio Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de SF e AB

PAB – Pisos de Atenção Básica

PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde

PAS – Planificação da Atenção à Saúde

PNSM – Política Nacional e Saúde Mental

PAS – Programa Agentes de Saúde

PBF – Programa Bolsa Família

PEC – Projeto de Emenda Constitucional

PNEP – Política Nacional de Educação Permanente

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PMM – Programa Mais Médicos

PMB – Programa Médicos Pelo Brasil

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNEP – Política Nacional de Educação Permanente

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

RS – Reforma Sanitária

SB – Saúde Bucal

SESP – Serviço Especial de Segurança Pública

SBIBAE – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

SF – Saúde da Família

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde Fluvial

UOM – Unidade Odontológica Móvel

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

VD – visita domiciliar

SUMÁRIO

A SAÚDE É UM DIREITO HUMANO	18
O ACS entra em cena.....	24
1 O CAMINHO SE FAZ AO ANDAR	35
1.1 Visitadoras sociais.....	36
1.2 Visitadores sanitários	45
1.3 Agentes comunitários de saúde	51
1.4 O direito à saúde por um fio: as Políticas Nacionais de Atenção Primária à Saúde no Brasil	56
1.5 “De perto ninguém é normal”	75
2 CAMINHOS DA PESQUISA	88
2.1 Local da pesquisa.....	88
2.2 População-alvo	92
2.3 Procedimentos.....	93
2.3.1 Alteração no desenho inicial da pesquisa	96
2.3.2 Definição dos eixos de análise	96
2.3.3 Metodologia de análise das entrevistas	97
3 TECENDO A REDE EM SAÚDE MENTAL	98
3.1 Tempo de atuação como ACS.....	99
3.2 Formações dos ACS	101
3.3 Trabalhadores da saúde	109
3.3.1 Impactos da pandemia de covid-19	122
3.4 O ACS na Política de Saúde Mental	126

4 ALINHAVANDO A REDE DE SAÚDE MENTAL.....	140
--	------------

REFERÊNCIAS.....	144
-------------------------	------------

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	174
---	-----

Apêndice B – Instrumento de coleta de dados	177
---	-----

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado COPEP/UEM	178
---	-----

A SAÚDE É UM DIREITO HUMANO

García Márquez (2015), em seu clássico *O amor nos tempos do cólera*, diz que “os seres humanos não nascem para sempre no dia em que as mães dão à luz, e sim que a vida os obriga outra vez e muitas vezes a se parirem a si mesmos” (p. 207). Longe de ousar interpretar a obra do autor, entendo que o “parir a si mesmo” é a saída do lugar-comum que, vez ou outra, somos convocados a fazer, mas nem sempre o fazemos. Foi em um passo em direção a esse parto que me encontrei com o objeto da presente pesquisa, o qual irá se delinear ao longo deste texto. Ao passar no processo seletivo do mestrado, tive de fazer a primeira escolha: para seguir o caminho que desejo, seria necessário alterar a rota, uma vez que fui admitida em uma linha de pesquisa diferente da qual havia me inscrito. Escolher um objeto de pesquisa requer, além de uma aproximação afetiva com o tema, determinada compreensão de sujeito e de mundo, uma vez que a forma como encaramos o objeto depende de como fazemos a leitura da sociedade e seus movimentos históricos. Foi a partir dessa exigência que, revirando o baú de memórias, lembrei-me de uma situação que aconteceu ainda na graduação em Psicologia, o que chamo de “estágio não oficial”.

Na época, minha mãe trabalhava em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na cidade do interior do Paraná em que residíamos. Eu estava no período de férias de verão; numa tarde, fiz um bolo e levei para que ela e as colegas fizessem um lanche. Quando estava lá, uma das agentes comunitárias de saúde (ACS) que saía para uma visita domiciliar, perguntou se eu gostaria de acompanhá-la. Lembro-me de caminhar muito naquele dia em ruas que eu nunca havia passado (apesar de a cidade ser pequena) e de ficar entusiasmada ao observar o trabalho daquela agente, que chamava a todos pelos nomes, sabia histórias das famílias e se preocupava em deixar a rotina de medicamentos

compreensível, inclusive para aqueles que não sabiam ler. Acredito que foi nesse momento que entendi a possibilidade da relação profissional-usuário se dar de maneira não hierarquizada e em que vi acontecendo “ao vivo” a tal da humanização que tanto ouvia falar nas aulas de Saúde Pública na graduação em Psicologia. Foi a partir dessa memória que pude ampliar minha visão, sair do lugar-comum em que eu me encontrava e olhar para o mundo, mais especificamente para o mundo da Saúde Pública; foi quando quis compreender um pouco mais sobre um importante personagem desse sistema: o agente comunitário de saúde.

Somada a essa recordação, outra experiência rica e muito importante para o delineamento da temática foi minha participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e da Comissão de Saúde Mental do município onde a pesquisa foi realizada. Ao frequentá-las, passei a me atentar para as diversas questões que emergem ao tratarmos de uma política pública da relevância e complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS): questões acerca da distribuição de recursos financeiros, da organização das equipes e dos serviços, além dos debates e defesas em torno das diferentes concepções de saúde defendidas por cada conselheiro, aspectos que influenciam diretamente na configuração dos serviços no local.

Mas quem é o ACS? O que ele faz? Qual é o seu papel no dia a dia do SUS? Essas foram as perguntas iniciais que levaram à incursão da presente investigação. Apesar de o agente comunitário de saúde, tal como conhecemos hoje, ter surgido no cenário da Saúde Pública em 1991, sua atividade só foi regulamentada em 1997.¹ Recentemente, por meio

¹ A regulamentação ocorreu por meio da Portaria nº 1886/GM (Ministério da Saúde, 1997), que aprovou normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. Em 10 de julho de 2002, foi sancionada a Lei nº 10.507, que instituiu a profissão de agente comunitário de saúde, posteriormente revogada pela Lei nº 11.350 (Brasil, 2006). Esta última passou a reger as atividades dos ACS e dos agentes de combate às endemias. A Lei nº 13.595 (Brasil, 2018) alterou

da Lei nº 14.536 (Brasil, 2023a), o ACS e o agente de combate às endemias (ACE) passaram a ser considerados profissionais de saúde. Tal alteração legislativa reiterou a importância deles para a Saúde Pública, bem como reafirmou a necessidade de pesquisas que possam trazer à tona as várias nuances dessas profissões.

Embora muitas vezes os ACS e ACE trabalhem em conjunto e sejam confundidos, suas atribuições têm diferenças entre si. De acordo com a Lei nº 13.595 (Brasil, 2018), ambos trabalham com promoção da saúde, porém o ACE executa ações voltadas à prevenção de controles e doenças, utilizando medidas de controle químico, biológico e manejo ambiental, sendo, assim, um profissional essencial na equipe de vigilância sanitária. Por outro lado, o agente comunitário de saúde é um profissional essencial na equipe de Saúde da Família.

Logo de início, compreende-se que, de acordo Gomes et al. (2010), o agente comunitário de saúde tem um papel crucial na consolidação do SUS, não somente por facilitar o acesso da comunidade aos serviços de saúde, mas, principalmente, por ser um elo entre as equipes e a população. Porém, que tipo de elo está sendo construído? Sob quais linhas esse elo é entrelaçado? Inicialmente, entende-se que o ACS é responsável por estabelecer a comunicação e a ligação entre a comunidade e a UBS. No entanto, a forma como essa ligação se constrói não pode ser dissociada da concepção de sujeito que sustenta o saber desse profissional, das condições materiais em que a comunidade reside e o trabalho é desenvolvido; tampouco pode ser dissociada da forma como o trabalho do ACS é concebido e organizado, uma vez que essas questões reverberam no cuidado em saúde da população a cada vez que o ACS visita as casas da comunidade.

a anterior, dispondo sobre a reformulação das atribuições, da jornada e das condições de trabalho e sobre a formação profissional de ambos.

O agente comunitário de saúde é um profissional que emerge a partir da transformação da concepção de saúde e da criação do SUS e, por essa razão, o sentido do seu trabalho é indissociável da compreensão da determinação social² do processo saúde-doença. A ideia de saúde como um direito humano universal e a defesa de que o cuidado em saúde deve ocorrer em uma relação de proximidade com a população foram discutidas na primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu na cidade de Alma-Ata, na então União Soviética (Organização Mundial da Saúde [OMS] & Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 1978).

Tal conferência estabeleceu que a mais importante meta social dos países é garantir que os povos alcancem o mais alto nível possível de saúde e, para isso, seria necessário o envolvimento de diversos setores, não apenas da Saúde. Sob essa perspectiva, a saúde e o adoecimento passam a ser compreendidos como questões sociais, culturais e econômicas, ampliando a visão de que ela se resume à ausência de doença fisiológica. Para alcançar a meta estabelecida na *Declaração de Alma-Ata* (OMS & UNICEF, 1978), os cuidados primários foram apresentados como meio fundamental, devendo constituir o foco principal e a ação central dos sistemas de saúde dos países, por se configurarem como o primeiro nível de contato entre eles e a população. Os cuidados primários indicam, e muitas vezes denunciam, as condições econômicas, socioculturais e políticas de uma nação. Ou seja, o nível de saúde e do acesso aos serviços de saúde de uma população são ferramentas importantes de avaliação social.

² O termo *determinação social* busca evidenciar que a desigualdade não é natural, mas produzida por uma organização social. Para aprofundar essa discussão, ver Correia, Mendes e Carnut (2022).

Inspirada na *Declaração de Alma-Ata* (OMS & UNICEF, 1978), no ano de 1986 foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, no Canadá (OMS, 1986). Desse encontro, foi elaborada uma carta de intenções que visava a contribuir para o alcance da meta de saúde estabelecida na *Declaração de Alma-Ata* (OMS & UNICEF, 1978), além de fomentar os debates em torno da Saúde Pública.

A *Carta de Ottawa* define a promoção da saúde como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (OMS, 1986, p. 1). Assim como na *Declaração*, a *Carta de Ottawa* reconheceu que a saúde da população não é responsabilidade exclusiva dos profissionais e dos serviços de saúde, uma vez que considera os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais como parte dos processos de saúde e adoecimento. Entre as características da promoção da saúde destacam-se: informação e educação em saúde; adaptação às possibilidades e necessidades de cada comunidade; ação comunitária e apoio social; e responsabilidade compartilhada entre a comunidade e os serviços de saúde.

Enquanto as discussões sobre a saúde como um direito dos sujeitos ganhavam força no mundo, o Brasil vivia sob uma ditadura cívico-militar. Foi nesse íterim que o movimento da Reforma Sanitária no Brasil se fortaleceu e, ao mesmo tempo em que se lutava pela construção de um sistema de saúde público, universal e de qualidade, também se formava um movimento de luta contra a ditadura e de fortalecimento das instituições democráticas — o que era coerente com a compreensão ampliada da saúde como um fenômeno multifatorial, não apenas como ausência de doenças. De acordo com Fonseca, Morosini e Mendonça (2013), o início do regime militar interrompeu o processo de fortalecimento de uma rede básica de saúde. Com o fim da ditadura, em 1985, e a posterior

promulgação da Constituição Federal (Constituição Federal, 1988), abriu-se espaço para a discussão dos direitos da população brasileira. A Carta Magna, conhecida como a “Constituição Cidadã”, estabeleceu, em seu art. 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado, criando as bases legais para a construção de um sistema público de saúde no país.

Nascidas com a redemocratização, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica são parte de um Brasil que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde.

Não é por acaso que, tanto no campo da Atenção Básica quanto da Saúde Mental, saúde e cidadania são indissociáveis. (Ministério da Saúde, 2013b)

Giovanella (2018) discutiu as nomenclaturas “Atenção Básica (AB)” e “Atenção Primária à Saúde (APS)” para se referir ao modelo do sistema brasileiro. A autora explica que o Movimento Sanitário Brasileiro utilizou o termo “Atenção Básica” para estabelecer uma diferença ideológica da reducionista “Atenção Primária à Saúde”, em voga naquele momento, com o intuito de estabelecer um sistema único distante de uma APS seletiva e focalizada. A autora explicou, ainda, que o termo “Atenção Básica” pode também se aproximar da ideia de “serviços básicos de saúde”, a qual antecedeu a *Declaração de Alma-Ata*: “Nesse contexto, reiteram-se abordagens seletivas da Atenção Primária à Saúde para alcance de um universalismo básico, e precisamos estar atentos à defesa da expansão da atenção básica no SUS em uma concepção de Atenção Primária à Saúde integral” (Giovanella, 2018, p. 2).

A autora finalizou a reflexão apontando que os dois termos podem estar alinhados a um sistema público universal e de qualidade. Diante dessa discussão, optamos aqui por utilizar o termo “Atenção Primária à Saúde (APS)” a partir deste momento, em relação a uma atenção primária universal que reconhece a determinação social no processo saúde-doença e valoriza a participação social de acordo com a APS preconizada na *Alma-Ata*.

O ACS entra em cena

Tendo como principal ferramenta de trabalho a visita domiciliar (VD), o agente comunitário de saúde tem a possibilidade de conhecer, de maneira próxima, o contexto de vida dos usuários. Cabe a ele criar a ponte entre a população e os serviços de saúde, por meio de busca ativa³ dos usuários — estratégia que permite identificar as necessidades socioeconômicas, as condições de saneamento básico e as demandas de saúde da população.

De acordo com o art. 6º da Lei nº 11.350 (Brasil, 2006), o ACS deve residir na área da comunidade em que atua, o que lhe confere familiaridade com as concepções de saúde e de vida daquele território.

Até aqui, percebemos que tanto o SUS quanto a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) buscam superar a concepção biologicista de saúde, entendendo-a como um fenômeno multideterminado (Ministério da Saúde, 2017b). Diante disso, surge o questionamento: qual concepção de saúde o ACS carrega ao entrar nas casas das famílias?

Pesquisas que abordam a construção do trabalho dos ACS — como as de Andrade (2013), Fracoli e Almeida (2011), Alves (2009), Filgueiras e Silva (2011) e Gomes et al. (2010) — apontam que é unânime o reconhecimento desses agentes como fundamentais para o fortalecimento do SUS e para a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. No entanto, também identificam entraves relacionados à forma como o trabalho é executado e à concepção de saúde adotada pelos profissionais. Os resultados indicam, em geral, uma predominância de perspectivas individuais, pautadas em uma lógica de

³ De acordo com o *Manual de uso do prontuário eletrônico do cidadão* (Ministério da Saúde, 2024a), a busca ativa é uma das atividades da Estratégia Saúde da Família (ESF) e está ligada ao princípio da integralidade do SUS, uma vez que tem a função de identificar necessidades socioeconômicas e de saúde da população. A busca ativa, portanto, é a atividade de ir à procura do usuário, em vez de esperar que ele venha até o serviço.

cumprimento de tarefas e na preponderância da compreensão de saúde atrelada, exclusivamente, à superação de sintomas clínico-biológicos. É necessário destacar que essa perspectiva não é exclusiva dos ACS, mas permanece hegemônica no SUS, permeando a prática dos profissionais, independentemente de sua formação.

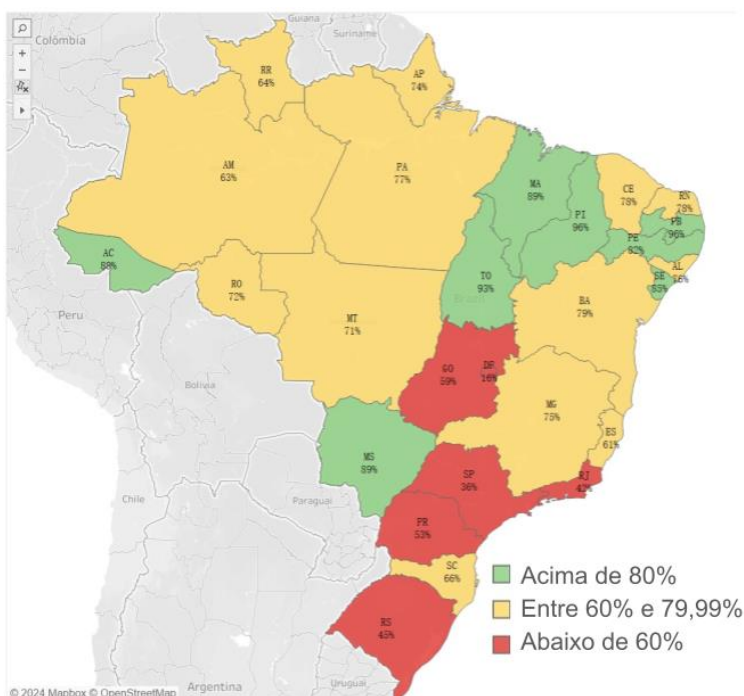
O Brasil, por ser um país de dimensões continentais, com diferentes condições climáticas e acirradas desigualdades sociais, apresenta inúmeros impasses para a efetivação do cuidado universal, equânime e integral proposto pelo SUS. De acordo com dados do e-Gestor Atenção Básica de 2020 (Ministério da Saúde, 2020a),⁴ havia 257.061 ACS em atividade no país, representando uma cobertura de 61,03% da população.

A Figura 1 apresenta a cobertura de ACS por unidade federativa, com base nos dados citados anteriormente. Os estados destacados em verde contavam, em 2020, com cobertura superior a 80%; os em amarelo, entre 60% e 79,9%; e os em vermelho, inferior a 60% — categoria na qual também se enquadra o Distrito Federal (DF).

⁴ Último ano com dados disponíveis no site do e-Gestor.

Figura 1

Mapa da cobertura de ACS para a população dos estados brasileiros e do Distrito Federal, de acordo com dados do e-Gestor Atenção Básica de 2020



Nota. Elaborada pela autora (2025).

Os serviços de saúde — assim como as dificuldades encontradas em seu funcionamento — não podem ser analisados de forma homogênea, independentemente da região do país em que se encontram. Tentar uniformizá-los desconsidera especificidades locais e contraria o princípio de equidade que fundamenta tanto o SUS quanto a Atenção Primária à Saúde. Um exemplo é o que ocorre em Manaus (AM): para que os ACS acessem comunidades rurais e ribeirinhas, são necessários deslocamentos de quinze minutos a uma hora em pequenas embarcações com motores de baixa potência. Além disso, os profissionais enfrentam dificuldades logísticas para a realização das visitas

domiciliares, como a dependência de condições climáticas (chuvas intensas) e a disponibilidade de combustível para as embarcações (Balduino et al., 2023).

Já em um Município Rural Remoto (MRR) do semiárido brasileiro, os agentes são, muitas vezes, o único acesso da população aos serviços da Atenção Primária à Saúde. Tal fato ocorre devido às longas distâncias, às dificuldades de transporte da população e à falta de profissionais ou de serviços próximos às UBS (unidades básicas de saúde) e aos ACS, o que compromete a articulação do cuidado pelos próprios agentes (Sousa & Almeida, 2023).

Diante das dimensões continentais do território nacional e das múltiplas dificuldades e potencialidades nele presentes, assim como da amplitude dos temas envolvidos ao se tratar da saúde como um direito humano, esta pesquisa propôs um recorte específico sobre as concepções de saúde dos agentes comunitários de saúde no âmbito da saúde mental. A partir da Lei nº 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001), estabelece-se que o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico grave deve ocorrer em liberdade e por meio de serviços comunitários de saúde mental. Isso significa que esses sujeitos passam a integrar o cotidiano de trabalho dos ACS, os quais devem estar inseridos nas famílias e comunidades em que atuam. Considerando que a Atenção Primária à Saúde se constitui como a porta de entrada preferencial dos usuários nos serviços de saúde, a atuação dos agentes se torna estratégica nesse processo.

Em consonância à Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001), foi promulgada a Portaria nº 336 (Ministério da Saúde, 2002), que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses centros são considerados serviços substitutivos em saúde mental e representam uma das principais conquistas do movimento da luta antimanicomial, uma vez que estabelecem que o cuidado ao usuário

em sofrimento psíquico deve ocorrer no território, priorizando a convivência comunitária e o cuidado em liberdade.

Dez anos após a promulgação da Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), foi publicada a Portaria nº 3.088 (Ministério da Saúde, 2011a),⁵ que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Dessa maneira, o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico e daquelas com dependência de álcool, tabaco e outras drogas é previsto para ocorrer no território e passa a integrar o rol das atribuições dos ACS (Brasil, 2006). Diante disso, surge o questionamento: para além das alterações na legislação, como essa demanda foi inserida no cotidiano de trabalho dos agentes? Houve capacitações a respeito dos princípios e conceitos da Reforma Psiquiátrica?

Ao estudar o trabalho dos ACS com pessoas que necessitam de cuidado em saúde mental, observa-se que a maioria dos profissionais se atenta às questões prescritas e burocráticas contidas nos roteiros das visitas domiciliares. Além disso, eles demonstram-se tensos, receosos e com medo diante de pessoas com sofrimento psíquico, uma vez que partem de uma visão preconcebida da periculosidade das pessoas com sofrimento psíquico grave (Campos & Romagnoli, 2007; Moura & Silva, 2015; Barros et al., 2009).

⁵ Em 2017, um ano após o golpe que tirou Dilma Rousseff da Presidência da República e o fortalecimento de movimentos conservadores de contrários à lógica da reforma psiquiátrica, o então ministro da Saúde, Ricardo Barros, assinou a Portaria nº 3.588 (Ministério da Saúde, 2017a). Entre diversos retrocessos, o documento inclui os Hospitais Psiquiátricos como componentes da RAPS. Essa portaria foi revogada em 2023, com a promulgação da Portaria nº 757, pelo Ministério da Saúde, sob a gestão da ministra Nísia Trindade Lima (Ministério da Saúde, 2023a).

Moura e Silva (2015) também destacam que, no dia a dia, os casos de saúde mental não têm encontrado espaço na Atenção Primária à Saúde, visto que os quadros mais graves são encaminhados aos CAPS e os casos leves, a outros serviços, sejam públicos (como a psicoterapia comunitária) ou privados (como os serviços de Psicologia das faculdades ou de organizações não governamentais).

Também se ressalta a necessidade de formações e capacitações continuadas sob a perspectiva do cuidado em liberdade, com o objetivo de desconstruir percepções pautadas na lógica manicomial e asilar entre os ACS (Campos & Romagnoli, 2007; Cabral & Albuquerque, 2015).

Yasui, Luzio e Amarante (2018) reiteram que a superação da lógica manicomial não está somente em uma mudança das instituições, mas exige uma transformação no modo de olhar para a vida e para o território. Os autores alargam a compreensão de território, colocando-o não apenas como uma área adscrita em um mapa, mas como o local onde a vida se produz em suas diversas possibilidades, incluindo a do adoecimento. Destacam a presença dos agentes comunitários de saúde como o profissional capaz de “colocar no cenário dos serviços de saúde a vida como ela é, em sua dimensão trágica e complexa” (p. 178), já que, além de fazerem a ponte entre a comunidade e os serviços de saúde, também são moradores do território e conhecem as necessidades daquele local.

No final de 2023, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 2.304 (Ministério da Saúde, 2023b), o Programa Mais Saúde com Agentes (anteriormente batizado de “Saúde com Agente”), destinado à formação técnica de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias. Segundo matéria publicada pelo Sistema

Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS, 2023), o Ministério da Saúde formou mais de 176 mil agentes, tendo como meta capacitar 300 mil profissionais até 2026.

Desde 2024, o programa também prevê a inclusão de disciplinas sobre equidade e combate às desigualdades. O curso técnico, oferecido em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), teve seu projeto político-pedagógico publicado em 2021 (UFRGS, 2021). No entanto, o documento não apresentou nenhuma disciplina que trabalhasse especificamente questões sobre saúde mental ou sobre o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico grave. Tampouco houve menções à Reforma Psiquiátrica, à Luta Antimanicomial ou à Rede de Atenção Psicossocial, nem referências à Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001) ou à Portaria nº 336 (Ministério da Saúde, 2002) nas bibliografias indicadas.

Já o projeto político-pedagógico publicado em 2024 (UFRGS, 2024) passou a incluir a disciplina “Saúde Mental no Contexto da Atenção Básica”, com carga horária de 15 horas. A ementa contemplou conteúdos voltados à Reforma Psiquiátrica e à redução de danos, indicando um avanço em relação à versão anterior.

Um fato curioso é que esse curso foi elaborado por uma universidade federal localizada no primeiro estado brasileiro a instituir uma lei estadual de Reforma Psiquiátrica nove anos antes da promulgação da Lei Federal nº 10.216 (Brasil, 2001). A Lei Estadual nº 9.716 (Rio Grande do Sul, 1992) dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determinando a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental. Além disso, dispõe regras de proteção às pessoas que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias.

Art. 1º – Com fundamento em transtorno em saúde mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade, sem o devido processo legal nos termos do art. 5º, inc. LIV, da Constituição Federal.

Parágrafo único – A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internando formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão.

Art. 2º – A reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais [sic] de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares. (Rio Grande do Sul, 1992)

Outros documentos anteriores ao curso técnico citado anteriormente merecem destaque. O primeiro, elaborado em 2004 pelos Ministérios da Saúde e da Educação, previu como conhecimento necessário dos ACS a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, tal qual o estudo do modelo assistencial em saúde mental (Ministério da Saúde, 2004), conforme os termos da Lei nº 10.216 (Brasil, 2001). Já o segundo documento, publicado em 2016 (Ministério da Saúde, 2016) teve como objetivo apresentar diretrizes para a formação de enfermeiros e ACS que atuam especificamente nas áreas de saúde mental, maternoinfantil, urgência e emergência e doenças não

transmissíveis. Esse documento inclui um módulo dedicado à atuação do ACS no cuidado em atenção psicossocial.

Tais elementos reforçam a relevância desta pesquisa, cujo objetivo é:

compreender como se desenvolve o cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde.

Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), o acolhimento e o cuidado em saúde mental adquiriram contornos institucionais e legais, especialmente a partir da promulgação da Lei nº 10.216 (Brasil, 2001). A RPB se estruturou partindo do princípio defendido pelo movimento da Luta Antimanicomial, que propõe a construção de uma “sociedade sem manicômios” (Manifesto de Bauru, 1987). Nesse sentido, torna-se necessário construir outras formas de cuidado em saúde mental, contrárias à lógica de exclusão e cronificação representadas pelo modelo manicomial. Como contraponto, tem-se o cuidado pela lógica da atenção psicossocial — abordagem que será explorada adiante.

Dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente, chegam a designar uma parte fundamental do contorno que se pretende imprimir às ações de Atenção Psicossocial nas práticas em Saúde Mental no contexto brasileiro atual. Veremos que aí se expressam, de modo bastante claro, certos princípios atinentes, sobretudo, à forma das relações dos agentes institucionais e das próprias instituições como dispositivos, com os sujeitos usuários e suas demandas. (Costa-Rosa, Yasui & Luzio, 2003, p. 5)

Considerando o objetivo desta pesquisa, analisamos se o cuidado em saúde mental efetuado pelos agentes comunitários de saúde segue a lógica da atenção psicossocial ou se ainda se baseia predominantemente em uma ideia de adoecimento pautada, estritamente, no adoecimento físico-biológico.

O art. 6º da Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2017b) estabelece que as UBS são potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção em Saúde (RAS). Consideramos que, para além de uma produção acadêmica, esta pesquisa representa um instrumento de análise da atuação dos ACS na política de saúde mental e, nesse sentido, contribui para a valorização das políticas públicas de saúde.

Entretanto, a literatura especializada consultada indica que, antes mesmo do surgimento da figura do agente comunitário de saúde tal como a conhecemos hoje, já existiam outras formas de cuidado domiciliar, cada qual atendendo às exigências da sua época. Nesse sentido, no capítulo 1, intitulado “O caminho se faz ao andar”, abordamos o percurso histórico e legislativo da profissionalização dos ACS; discutimos o conceito de promoção de saúde que orienta a prática desses profissionais e as particularidades de sua atividade; e refletimos sobre o cuidado em saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Assim como Diego Kovadloff, no poema de Galeano (2015), que precisa pedir ajuda ao pai para olhar o mar na primeira vez que o vê, na pesquisa científica também precisamos de auxílio para enxergar nosso objeto de estudo. No nosso caso, essa ajuda se deu através da compreensão dos processos históricos que levaram à criação da figura do agente de saúde denominado “comunitário” a partir de 1991, como também do olhar de pesquisas anteriores que já se debruçaram sobre esse mesmo objeto.

Apresentamos os detalhes e procedimentos da pesquisa no segundo capítulo, “Caminhos da pesquisa”. Para análise e compreensão do material coletado, trabalhamos com vistas no processo histórico da construção do profissional agente comunitário de saúde.

No terceiro capítulo, analisamos o material coletado nas entrevistas a partir dos princípios defendidos pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A título de considerações finais, reforçamos a importância do agente comunitário de saúde, personagem central deste estudo. Entretanto, avaliamos que apenas uma política pública, mesmo que com a grandeza do SUS, não é suficiente para extinguir as contradições e desigualdades sociais de base estrutural, embora seja essencial para atenuá-las. As ofensivas sistematizadas direcionadas ao SUS reverberam na atuação do ACS, esvaziando-o de seu objetivo inicial. Acerca da interlocução do ACS com as políticas de saúde mental, percebe-se que a postura dos profissionais está dividida entre o paradigma da Atenção Psicossocial e o paradigma manicomial, pautado na exclusão.

1 O CAMINHO SE FAZ AO ANDAR

*“E a história? Ela está na rua. Na multidão.
Acredito que em cada uma de nós há um
pedacinho da história”*

Svetlana Alexievich (2016)

O poeta espanhol Antônio Machado nos ensina que não há um caminho preestabelecido, mas que “o caminho se faz ao andar” (Machado, 1912). Pensamos ser essa uma bela analogia para refletir sobre a construção histórica do papel do agente comunitário de saúde. Além de ser um profissional que, aos poucos, foi ganhando espaço nos serviços públicos — primeiro exercendo funções, para só depois ser nomeado como tal —, é também um trabalhador que literalmente caminha no território, construindo pontes entre estradas que nunca haviam sido transitadas.

É interessante lembrar que, antes mesmo da criação do conceito de agente de saúde, nossos familiares mais velhos já conheciam e a própria literatura já apresentava pessoas que praticavam o cuidado em saúde nas suas comunidades: parteiras, curandeiras, benzedadeiras. Historicamente, esse parece ser o embrião da institucionalização dos profissionais da saúde e, entre eles, os agentes de saúde. Nosso ponto de partida será a transição do século XIX para o século XX.

1.1 Visitadoras sociais

A passagem do século XIX para o século XX, além de ser considerada o momento de institucionalização da saúde pública brasileira (TV Senado, 2022), também é o momento histórico em que encontramos a nossa identidade (Sevcenko, 2021).

Mundialmente, ressoavam as recentes descobertas advindas da Segunda Revolução Industrial, iniciada por volta de 1870, especialmente na Inglaterra, na França e nos Estados Unidos. Esse processo resultou na expansão da industrialização para além do território britânico e em importantes descobertas tecnológicas e científicas.

Além de desenvolvimentos nas áreas da microbiologia, bacteriologia e da bioquímica, com efeitos dramáticos sobre a produção e conservação de alimentos, ou na farmacologia, medicina, higiene e profilaxia, com um impacto decisivo sobre o controle das moléstias, a natalidade e o prolongamento da vida . . . outro fenômeno derivado da revolução, as grandes metrópoles modernas. (Sevcenko, 2021, p. 9)

No contexto nacional, o Brasil vivia um momento de intensas mudanças políticas e econômicas. No ano de 1888, houve a abolição da escravidão; já no seguinte, 1889, ocorreu a Proclamação da República. Nesse ínterim, entrou em cena uma elite brasileira “comprometida com uma plataforma de modernização e atualização das estruturas ‘ossificadas’ do Império, baseando-se nas diretrizes científicas e técnicas emanadas da Europa e Estados Unidos” (Sevcenko, 2021, p. 10).

No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro, então capital federal, contava com uma população de quase um milhão de habitantes, composta majoritariamente por ex-escravizados libertos e seus descendentes em situação econômica precária. Essas pessoas se aglomeravam em antigos casarões ao redor do porto, locais sem infraestrutura básica de saúde e higiene (Costa, 2014; Sevcenko, 2021).

Figura 2

Barracão de madeira (“cortiço”). Rio de Janeiro, 1906



Nota. Fotografia feita por A. Malta, em 27 de março de 1906. Barracão de madeira (“cortiço”) componente da estalagem existente nos fundos dos prédios nº 12 a 44 da rua da Sé, na cidade do Rio de Janeiro. Fonte: Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro.

Nesse período, a taxa de mortalidade da população era elevada, principalmente em decorrência de doenças infectocontagiosas, como febre amarela, tuberculose e gripe espanhola. As aglomerações urbanas eram consideradas, pelas autoridades, “ameaças à saúde pública” (Sevcenko, 2021, p. 18).

No afã pela modernização e pelo progresso brasileiro, os políticos e intelectuais da época estavam empenhados em barrar tudo que se interpusesse nesse caminho.

As autoridades conceberam um plano em três dimensões para enfrentar todos esses problemas. Executar simultaneamente a modernização do porto, o saneamento da cidade e a reforma urbana. Um time de técnicos foi então nomeado pelo presidente Rodrigo Alves: o engenheiro Lauro Müller para a reforma do porto, o médico sanitarista Oswaldo Cruz para o saneamento e o engenheiro Pereira Passos, que havia acompanhado a reforma urbana de Paris sob o barão de Haussmann, para reurbanização. Aos três foram dados poderes ilimitados para executar suas tarefas, tornando-os imunes a quaisquer ações judiciais, o que criou uma situação de tripla ditadura na cidade do Rio. Como era de se prever, os três se voltaram contra os casarões da área central, que congregavam o grosso da população pobre. (Sevcenko, 2021, pp. 19–20)

No que se refere à saúde pública, a preocupação se concentrava nas áreas de saneamento e higiene.

No ano de 1920, por meio do Decreto nº 14.354, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (Brasil, 1920), subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O departamento era responsável pelos serviços de higiene e saúde pública do Distrito Federal, cuja ênfase era: profilaxia geral e específica das doenças transmissíveis; polícia sanitária dos domicílios; instituições públicas e privadas; e estabelecimentos comerciais, industriais e de saúde. A partir desse decreto também foi regulamentada a função da enfermeira visitadora, lotada na “Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância” e na “Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose”.

As funções das enfermeiras visitadoras da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose consistiam em:

- I. Exercer a conveniente vigilância higiênica em domicílio, sobre os doentes de tuberculose a seu cargo, visitando-os tão frequentemente quanto necessário fosse.
- II. Instruí-los e às suas famílias sobre a natureza da doença e as precauções a observar para protegê-los contra os bacilos tuberculosos, de modo a evitar as reinfecções do próprio doente e a infecção das pessoas que o cercam.
- III. Aconselhar o doente, de acordo com o seu médico assistente ou o médico da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, sobre as melhores condições de seu tratamento e o modo de vida mais conveniente à sua cura.
- IV. Fornecer à Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose todas informações [sic] necessárias e convenientes sobre o doente, o seu tratamento, o seu trabalho, os seus recursos, as condições de seu domicílio e as medidas profiláticas em execução ou a executar.
- V. Promover a correção dos defeitos encontrados com determinação, benevolência, discrição e suavidade.
- VI. Prestar ao doente os seus serviços de enfermeira sempre que isso se torne necessário, em benefício do próprio doente ou das medidas de profilaxia.
- VII. Distribuir e explicar as publicações de propaganda higiênica e antituberculosa nos domicílios visitados.
- VIII. Comunicar à Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose os casos suspeitos de tuberculose na família visitada.
- IX. Requisitar as medidas de desinfecção, quando elas forem necessárias, por óbito, mudança ou por prevenção.
- X. Colher e enviar à Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose as amostras de escarro das pessoas em observação, sempre que isso se torne necessário para os fins de diagnóstico exato. (Brasil, 1920)

Nesse mesmo período, entre outros movimentos sociais, um grupo de intelectuais — em sua maioria médicos —, também preocupado com o progresso do país, concentrava seus estudos na prevenção⁶ da tuberculose e propunha, inicialmente, ações voltadas à higiene mental dos indivíduos. A partir da união desses profissionais, foi fundada, na cidade do Rio de Janeiro, em 1923, por Gustavo Riedel, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Destacamos que, no mesmo ano de sua criação, a LBHM já foi considerada de utilidade pública pelo Decreto nº 4.778 (Brasil, 1923). A liga tinha como objetivos:

a) prevenção das doenças nervosas e mentais pela observância dos princípios da higiene geral e especial do sistema nervoso; b) proteção e amparo no meio social aos egressos dos manicômios e aos deficientes mentais passíveis de internação; c) melhoria progressiva nos meios de assistir e tratar os doentes nervosos e mentais em asilos públicos, particulares ou fora deles; d) realização de um programa de Higiene Mental e Eugenética no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social. (Estatutos da Liga Brasileira de Higiene Mental, 1925)

A fim de propagar estudos, pesquisas, eventos e obras, os integrantes da LBHM publicavam seus textos nos *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* (ABHM) e nos *Boletins de Higiene Mental* (BHM). Durante o 2º Congresso de Brasileiro de Higiene, Fontenelle (1925) pontuou que a higiene mental precisava ser considerada entre o meio médico, uma vez que as “deficiências e degenerações psíquicas” exerciam peso na coletividade, tanto com encargos financeiros, como representando infelicidade e

⁶ Nesse momento, era grande a preocupação com a prevenção, uma vez que a população estava sendo atingida por diversas doenças infectocontagiosas. De acordo com um documento do Senado Federal (s.d.), temos registros das seguintes doenças no período citado: peste bubônica, febre amarela, varíola, febre tifoide, malária e sífilis.

sofrimento humano. Ainda sobre a profilaxia mental, Fontenelle (1925) cita a importância do trabalho realizado pelas visitadoras sociais na descoberta precoce dos problemas:

Convém continuar a desenvolver os serviços de dispensário psiquiátrico, no gênero dos que presta o Ambulatório Rivadávia Corrêa, no Engenho de Dentro, para o trabalho de descobrir os fronteiriços da anormalidade psíquica e os casos de psicoses incipientes, utilizando *enfermeiras visitadoras* [destaque nosso] que completem a obra do médico no meio familiar e social e assegurem o tratamento precoce. (Fontenelle, 1925, p. 194)

É importante destacar que, desde 1890, existia uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras nas dependências do Hospital Nacional de Alienados, criada pelo Decreto nº 791 (Brasil, 1890). No entanto, foi apenas em 1927 que se regulamentou o curso de Enfermeira Visitadora Social nessa mesma instituição, pelo mesmo decreto que aprovou o regulamento para a execução dos serviços da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal (Brasil, 1927).

Assim como o Departamento Nacional de Saúde Pública, a assistência pública à “psicopatas” na capital federal era de responsabilidade do Ministério da Justiça e Negócios Interiores e tinha como objetivo:

1º Socorrer as pessoas que apresentarem perturbações mentais; 2º Estudar os problemas relativos à higiene mental e à psicofisiologia normal ou mórbida, aplicadas às diversas atividades sociais, no intuito de fixar os meios mais eficazes de organizar a profilaxia das perturbações nervosas e mentais. (Brasil, 1927)

O curso para formar visitadoras sociais era exclusivo para mulheres que tivessem concluído o curso de Enfermagem e que possuíssem “melhores condições de instrução, educação e feitio psíquico, moral e social” (Brasil, 1927). As aulas eram ministradas na seção mista do hospital ou na ala feminina da Colônia de Engenho de Dentro. As

disciplinas compreendiam: higiene social; puericultura; organização da vida social: legislação social e leis de assistência; diagnóstico, profilaxia e terapêutica das doenças sociais; e noções gerais de Psicologia. As disciplinas ficavam a cargo dos médicos da “Assistência a Psicopatas”, entre os quais havia integrantes de renome da Liga Brasileira de Higiene Mental. O curso de Enfermagem tinha duração de dois anos; para obter o título de visitadora social, era necessário cursar mais uma série.

Durante uma reunião da Seção de Ensino e Vulgarização da Neuropsiquiatria da LBHM, em 1930, Ernani Lopes defendeu a “necessidade de ensinar psiquiatria aos visitantes e visitadoras sociais que urge criar em nosso meio, conforme o serviço que já existe iniciado sob os melhores auspícios na Colônia do Engenho de Dentro” (Liga Brasileira de Higiene Mental, 1929, p. 63).

Nos congressos, nas reuniões e nas publicações descritos nos ABHM, fica evidente a relevância que os membros da LBHM atribuíam às visitadoras sociais, frequentemente requisitadas nos trabalhos de profilaxia, no acompanhamento de egressos dos manicômios, na Psiquiatria Infantil, na Clínica de Eufrenia e na assistência aos alcoolistas.

No trabalho de profilaxia, as visitadoras eram vistas como profissionais capazes de verificar as condições de moradia e as relações domiciliares dos indivíduos, além de poderem intermediar a relação entre médicos e pacientes: “A existência de enfermeiras visitadoras é de grande utilidade pois poderão constatar de vista a situação, em que vive o doente, e bem informar, assim, o psiquiatra” (Roxo, 1940, p. 95). Ainda sobre a profissão, Roxo comenta: “Visitadoras sociais, que nos serviços modernos de alienação mental desempenham papel de grande monta, devem cumprir as ordens dos médicos e averiguar detalhes da vida dos pacientes em domicílio, e apurar a existência, ou não, de perfeito ajustamento” (1945, p. 14).

Considerando a família, diz que a ela deverão chegar as providências da Liga, quando esta, por meio dos seus dispensários, distribuir a necessária assistência, ajudando de pronto às desordens nervosas, e indo de domicílio em domicílio, por meio de suas visitadoras, educar o povo, nos verdadeiros princípios da profilaxia mental. (Souza, 1929, p. 107)

As visitadoras sociais também integravam o Patronato aos Egressos dos Manicômios, uma organização intermediária entre o Manicômio e a casa dos sujeitos, destinada àqueles que recebiam alta, mas que não estavam aptos a “voltar imediatamente ao seio da sociedade” (Bittencourt, 1933, p. 373). Durante a permanência no Patronato, os pacientes, acompanhados por um enfermeiro, podiam sair para passeios; buscava-se, ainda, sua inserção no mercado de trabalho.

Uma vez colocado, não para aí a ação do Patronato. Enfermeiras visitadoras vão, periodicamente, em sua residência, examinam o meio em que vivem e dele o afastam se condenável; ministram-lhe conselhos; indagam do patrão ou chefe de serviço do egresso sua conduta e aproveitamento. (Bittencourt, 1933, p. 374)

Na Psiquiatria Infantil, a visitadora social era vista como indispensável. Em reunião da Seção de Higiene Infantil, Ernani Lopes (Liga Brasileira de Higiene Mental, 1930) defendeu que as visitadoras deveriam integrar a equipe dos Consultórios de Psiquiatria Infantil e da Clínica de Hábitos, ressaltando, ainda, que tal trabalho não poderia deixar de ser remunerado.

Na Clínica de Eufrenia,⁷ as visitadoras sociais faziam visitas domiciliares e produziam relatórios que seriam utilizados pelos médicos para embasar os atendimentos e intervenções, como se observa a seguir:

Baseado nas observações da visitadora, passou o médico a interrogar com muita cautela a clientinha: — Então, você não seria capaz de um sacrifício pelos seus irmãos e pelos seus pais?! Porque? [*sic*] Eles são tão bons e tanto a estimam. (Caldas, 1933, p. 39)

Na assistência aos alcoolistas ou ébrios, como denominados pelos membros da LBHM, as visitadoras cumpriam seu papel indo às residências indicadas pelo chefe da Polícia do Distrito Federal, para que pudessem verificar a situação dessas pessoas e contribuir para um levantamento estatístico dos alcoolistas do município (Liga Brasileira de Higiene Mental, 1935, p. 132).

O trabalho com as visitadoras sociais não era exclusivo da capital federal brasileira. Elas também estavam presentes em Pernambuco, promovendo assistência aos “psicopatas” do estado, fazendo encaminhamentos ao ambulatório ou acompanhamento nos domicílios (Codeceira, 1936). Internacionalmente, os Arquivos Brasileiros de Higiene Mental também possuem registros de visitadoras na Bélgica — em Bruxelas e na Antuérpia (Liga Brasileira de Higiene Mental, 1932) —, e na capital argentina, Buenos Aires (Liga Brasileira de Higiene Mental, 1933). É importante destacar que os registros nos casos de Pernambuco e Buenos Aires parecem apontar para um serviço executado por assistentes sociais, não por enfermeiras visitadoras, como nos exemplos anteriormente citados.

⁷ Inaugurada em 15 de dezembro de 1932, a Clínica de Eufrenia era um serviço da LBHM de prevenção “para as crianças predispostas às doenças nervosas, e construtiva para as crianças mentalmente sãs” (Caldas, 1933, p. 36).

A Assembleia Geral Ordinária da Liga Brasileira de Higiene Mental, realizada em 5 de novembro de 1946 (Roxo & Moura, 1947), registrou a presença da visitadora social Cecília Rezende. Concomitante à atuação das visitadoras da LBHM, desde 1942 já havia a institucionalização de outro profissional responsável por visitas domiciliares: o visitador sanitário. É sobre esse personagem que trataremos a seguir.

1.2 Visitadores sanitários

No ano de 1942,⁸ no decorrer da Segunda Guerra Mundial,⁹ o Brasil assinou um acordo de cooperação com os Estados Unidos da América (EUA), para organizar um serviço de saúde pública em parceria com o *Institute of Interamerican Affairs of the United States of America*, com o intuito de prestar assistência médica aos trabalhadores da produção de borracha na região amazônica — matéria-prima de interesse estratégico para os países Aliados (Silva & Dalmaso, 2002; Ministério da Saúde, 1972). Foi nesse contexto que, através do Decreto-Lei nº 4.275 (Brasil, 1942), criou-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (Brasil, 1942).

Tinha em vista, também, a profilaxia e o estudo da malária, o desenvolvimento de programas de educação sanitária; a construção de postos de saúde e hospitais; o saneamento urbano, especialmente o provimento de sistemas públicos de abastecimento de água e de destino final dos dejetos; o preparo de profissionais de saúde pública; a cooperação com várias organizações nos âmbitos federal, regional e local. (Ministério da Saúde, 1972, p. 6)

⁸ Terceiro mandato de Getúlio Vargas como presidente da República. Essa fase se deu no período entre 1937 e 1945, após um golpe de Estado.

⁹ Confronto entre os países “Aliados” (Reino Unido, França, União Soviética e Estados Unidos da América) e países do “Eixo” (Alemanha, Itália e Japão) no período de 1939 a 1945. O estopim da Segunda Guerra foi a invasão da Polônia pela Alemanha nazista.

No ano seguinte, 1943, foi firmado um novo acordo com os mesmos termos e a mesma vigência do anterior, agora com o objetivo de prestar assistência aos trabalhadores da Estrada de Ferro Vitória-Minas, cujo mote era a aceleração da exportação de minérios (Ministério da Saúde, 1972). Santos et al. (2018) destacam que, nos primeiros momentos de implantação, o SESP contava com uma Divisão de Educação Sanitária, responsável tanto pelo treinamento de educadores em saúde quanto pela condução de ações desenvolvidas nas habitações e espaços comuns. Assim, as visitadoras sanitárias desempenhavam um papel de destaque por estarem em contato direto com as comunidades nas quais atuavam.

O acordo entre Brasil e EUA foi encerrado em 1960 (Ministério da Saúde, 1972). Nesse mesmo ano, o Serviço Especial de Saúde Pública foi transformado em Fundação por meio da Lei nº 3.750 (Brasil, 1960). Posteriormente, em 1969, por meio do Decreto-Lei nº 904 (Brasil, 1969), a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública passou a ser denominada Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), com a finalidade de promover, coordenar e, supletivamente, executar atividades de prevenção e controle de doenças no território nacional (Brasil, 1969).

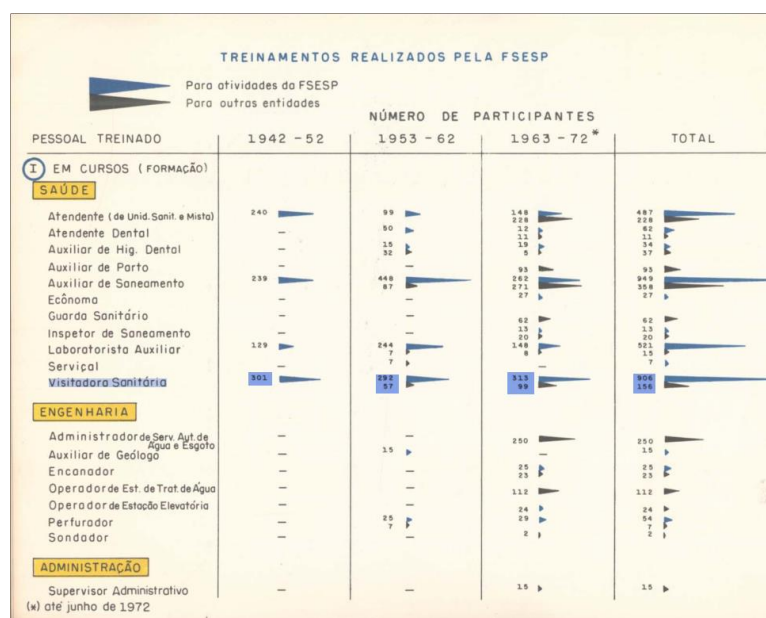
A FSESP contava com um departamento específico para a formação de seus trabalhadores: a Fundação de Recursos Humanos para a Saúde, a qual integrava, também, a Escola Nacional de Saúde Pública (Brasil, 1969).

A Fundação de Recursos Humanos para a Saúde tem por finalidade a avaliação dos quantitativos e da qualificação do pessoal de que pode dispor o sistema brasileiro de proteção e recuperação da saúde [,] bem como sua distribuição, a promoção de medidas para a formação e aperfeiçoamento do mesmo pessoal pelos setores educacionais, e, supletivamente à ação desses setores, o preparo e aperfeiçoamento de profissionais de saúde. (Brasil, 1969, art. 2º, § 1º)

O treinamento e a formação de seus trabalhadores sempre foram assuntos de muito valor tanto para o SESP quanto para a FSESP. Esta fornecia cursos a respeito de promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e controle de doenças. Entre os profissionais que faziam parte do curso, estavam as visitadoras sanitárias.

Figura 3

Treinamentos realizados pela FSESP entre 1942 e 1963



Nota. Para facilitar a leitura da Figura 3, destacamos os dados referentes à formação das visitadoras sanitárias: de 1942 a 1952 foram 301 participantes nas atividades da FSESP; de 1953 a 1962, 292 participantes nas atividades da FSESP e 57 participantes nas outras entidades; de 1963 até junho de 1972, 313 participantes nas atividades da FSESP e 99 em outras entidades. No total, a formação foi ofertada para 906 visitadoras sanitárias vinculadas à Fundação e para 156 mulheres de outras entidades (Ministério da Saúde, 1972, p. 54).

O curso ministrado para as visitadoras sanitárias possuía as seguintes disciplinas: noções de anatomia e fisiologia, laboratório (teoria e prática), doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), saneamento, doenças contagiosas, nutrição, ética, higiene infantil (teoria e prática), horticultura, treinamento e supervisão das práticas higiênicas das parteiras curiosas. Além da formação profissional, as alunas recebiam noções de educação doméstica, rouparia, limpeza da casa em geral. (Bastos, 1996, como citado em Santos et al., 2018, p. 822)

De acordo com Silva e Dalmaso (2002), as visitadoras sanitárias da FSESP atendiam indivíduos e famílias tanto na unidade sanitária quanto na comunidade e eram supervisionadas por um enfermeiro. Na unidade sanitária, eram responsáveis especialmente por atender crianças de baixo risco e gestantes.

Já no começo dos anos 1970, surgiu um contraste no cenário da assistência médica brasileira: de um lado, havia o avanço da Medicina, de custo elevado e acessível somente a uma camada da população. De outro, um grande contingente de pessoas com necessidades básicas de saúde e sem atendimento. Nessa época, a atenção em saúde brasileira era organizada em três áreas:

- a) área institucional: seguro social obrigatório (INAMPS); direto (Ministério e secretarias de saúde); filantrópico (LBA — Legião Brasileira de Assistência); específico para categorias (Forças Armadas);
- b) área liberal-clássica: hospitalar e consultórios particulares;
- c) área privatizada: empresas médicas, consultórios conveniados, grupos médicos, cooperativas médicas. (Ministério da Saúde, 1980, pp. 77–78)

Nesse cenário, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde (SNS), em julho de 1975 (Brasil, 1975), na tentativa de corrigir problemáticas do sistema de saúde e, principalmente, de afastar impasses (Ministério da Saúde, 1980). O SNS era composto pelos Ministérios da Saúde; da Previdência e Assistência Social; da Educação e Cultura; do Interior; e do Trabalho. Esse sistema buscava abranger atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no país (Brasil, 1975).

Embora a lei não elimine distorções do sistema de saúde, permite, por outro lado, o surgimento de programas experimentais que buscam modelos alternativos de organização de serviços, com os programas de extensão de cobertura de serviços de saúde adquirindo neste contexto um espaço para seu desenvolvimento. (Ministério da Saúde, 1980, p. 78)

No ano de 1976, foi aprovado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste do país (PIASS/Nordeste) (Brasil, 1976). Tal programa foi instituído com vistas ao período de 1976 a 1979, a fim de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da região Nordeste do país.

Os agentes do PIASS eram recrutados dentro da própria comunidade na qual atuariam como auxiliares de saúde, com foco na prevenção de doenças transmissíveis, na educação para a saúde, nas ações de saneamento básico e no atendimento das doenças mais frequentes da localidade. Tais agentes surgiram como

expressão de política pública, em contexto de regime de exceção, no bojo de medidas que visavam à manutenção da estrutura de poder dominante. As justificativas e os objetivos expressavam a preocupação com as populações marginais que viviam sob condições de extrema pobreza e o propósito de diminuir a marginalidade social e produtiva, em um primeiro momento, nos estados da região Nordeste. (Silva & Dalmaso, 2002, p. 64)

As atribuições dos agentes do PIASS iam desde questões do meio ambiente até aquelas que demandavam atenção médica individual. Inspirado pela Fundação Serviços de Saúde Pública, o programa contava com a figura das visitadoras sanitárias lotadas nos centros de saúde. Essas profissionais eram responsáveis pela supervisão dos auxiliares de saúde, os quais trabalhavam nos postos de saúde mais próximos da população (Ministério da Saúde, 1980; Silva & Dalmaso, 2002).

A experiência do PIASS/Nordeste teve tanto êxito que, no ano de 1979, houve a expansão do PIASS para todo o território nacional, com ênfase na região Nordeste e expansão para as regiões Norte e Centro-Oeste, além do Espírito Santo e de Minas Gerais (Brasil, 1979). O Programa estava previsto para se desenvolver durante o período de 1980 a 1985, com duas finalidades:

I – Implantar e operar rede de Unidades Sanitárias destinadas ao desenvolvimento de ações integrais de saúde em localidades de até 20 mil habitantes; II – instalar e operar sistemas simplificados de abastecimento de água e soluções domiciliares para destino de dejetos em povoados, vilas e cidades de pequeno porte. (Brasil, 1979, art. 1º)

De acordo com Silva e Dalmaso (2002), os médicos e enfermeiros do PIASS atribuíam ao agente de saúde um papel de destaque na promoção dos direitos sociais e da cidadania. Vale destacar que, no período em que a expansão do PIASS foi implementada em todo o território nacional, as discussões sobre atenção primária e promoção de saúde estavam em voga. Lembremos que *Declaração de Alma-Ata* (1978) preconizava a saúde como um direito humano, estabelecendo a meta “Saúde para todos no ano 2000”, e atribuía aos governos a responsabilidade do desenvolvimento de medidas sanitárias e sociais voltadas à saúde de seus povos. Foi nesse cenário que se delineou a figura do agente comunitário de saúde.

1.3 Agentes comunitários de saúde

No ano de 1987, o estado do Ceará passava por um momento de emergência social, econômica e de calamidade pública em decorrência de um período de seca intensa e estiagem (Silva & Dalmaso, 2002; Marques Ávila, 2011). Como parte de um programa de emergência para o enfrentamento de tal situação, o Governo Estadual optou por expandir o Programa Agentes de Saúde (PAS), já implementado na cidade de Jucá (CE). Foram selecionadas, em suas próprias comunidades, seis mil mulheres pobres do sertão cearense para trabalharem como agentes de saúde do programa. Assim, o Governo atacava duas frentes: além da expansão do PAS, essas mulheres seriam arrimo financeiro de suas famílias durante o período da estiagem (Marques Ávila, 2011).

Em 1988, passado o período mais crítico da seca, o PAS foi desativado. No entanto, seu êxito foi tão expressivo que gerou uma pressão popular para sua manutenção. Diante disso, o programa não apenas foi mantido, como também foi expandido e institucionalizado no Ceará. Posteriormente, serviu de inspiração para a criação do Programa Agentes Comunitários em âmbito nacional (Silva & Dalmaso, 2002; Marques Ávila, 2011).

A partir do resgate histórico dos programas que contavam com trabalhadores — sejam visitantes sociais, sanitários ou agentes de saúde — que prestavam cuidado em saúde nas comunidades, foi possível perceber que, em sua maioria, tratava-se de ações pontuais ou de caráter emergencial, criadas para responder a problemáticas específicas. Gomes et al. (2010) asseveram que o modelo de atenção à saúde no Brasil tem tido, historicamente, uma predominância da assistência médico-curativa e individual, na qual a saúde é entendida como ausência de doença: “Norteados pelo referencial médico e biológico, os profissionais de saúde sentem-se impotentes diante da miséria, desemprego, falta de higiene e fome” (Gomes et al., 2010, p. 1152).

Articulado com outros movimentos do processo de redemocratização brasileira, a institucionalização da Reforma Sanitária, por meio da criação do SUS, “visa a compor um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático, refazendo o campo da cidadania social” (Mendonça, 2004, p. 354).

De acordo com Reis (2010), a década de 1970 foi palco do fortalecimento dos movimentos sociais da sociedade civil que clamavam pelo fim da ditadura militar. Entre esses movimentos, podemos destacar a importância do Movimento Custo de Vida (MCV) e as greves operárias do ABC paulista, os quais enfrentaram a repressão violenta do regime militar.

Durante o processo de reabertura democrática, o general Ernesto Geisel propôs uma “abertura controlada”. No entanto, tal proposta não contava com os enfrentamentos que surgiram tanto por parte da sociedade civil — cada vez mais organizada por meio dos movimentos sociais, a fim de reivindicar seus direitos —, quanto por parte de uma ala dos militares conhecida como “linha-dura”, que defendia a manutenção do regime militar e o combate “à subversão e ao comunismo” (Reis, 2010, p. 222).

Na lógica “castelista” de uma transição controlada para o regime democrático não estava previsto que as ruas e praças do país viessem a ser ocupadas por diversos movimentos de protesto e de contestação às políticas da ditadura militar, forçando o governo, e também a oposição liberal, a aceitar uma ampliação da agenda política relacionada com os rumos da redemocratização do país. (Reis, 2010, p. 222)

Entre os movimentos que somavam forças no processo de redemocratização brasileira, temos a Reforma Sanitária (RS), que se fortaleceu ainda mais com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, cujos eixos de discussão foram a saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor da saúde. A 8ª CNS é um marco histórico por ter sido a primeira conferência aberta à participação da sociedade civil e por ter fornecido as bases para a formulação do nosso Sistema Único de Saúde.

Nessa conferência, consideramos fundamental que duas ideias estejam claramente estabelecidas: (a) a saúde não é simplesmente ausência de doença, mas um estado de bem-estar físico, mental, social e político; e (b) as sociedades produzem ciclos, que podem ser de miséria ou de desenvolvimento. Quando se cria o ciclo da miséria, torna-se vital transformá-lo e rompê-lo (Arouca, 1987, p. 37).

Figura 4

8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma



Nota. Conselho Nacional de Saúde (2019).

Durante a 8ª CNS, discutiu-se mais do que a reformulação técnica do sistema de saúde e a reestruturação dos serviços. Debateu-se, sobretudo, o conceito de saúde como um direito da população brasileira, que deveria ser garantido pelo Estado.

O relatório final da conferência concluiu que a saúde “define-se no contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população com suas lutas cotidianas” (Ministério da Saúde, 1987).

Arouca (1987), enquanto presidente da Fundação Oswaldo Cruz, destacou, na conferência intitulada “Democracia é Saúde”, realizada durante a 8ª CNS, que o projeto da Reforma Sanitária visava à melhoria das condições de vida da população e que, até que essa condição fosse alcançada, o projeto seria considerado falho.

Foi com entusiasmo que a Constituição Federal de 1988 (Constituição Federal, 1988) consagrou a saúde como um direito fundamental de todo cidadão. O texto constitucional, embora tenha incorporado algumas adaptações às reivindicações dos sanitaristas, abriu caminho para a criação do SUS. E em 19 de setembro de 1990, foi promulgada a Lei nº 8.080, a qual “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (Brasil, 1990).

O SUS se constituiu com base em três princípios fundamentais:

(a) *Universalidade* do acesso à saúde para qualquer cidadão em todo território nacional;

(b) *Equidade* de acesso, garantindo que a diversidade de necessidades de uma população com grande desigualdade social, como é a brasileira, fosse levada em conta na construção dos programas e serviços;

(c) *Integralidade*, que assegura a todo cidadão o acesso aos atendimentos, desde a prevenção até a reabilitação de sua saúde.

É relevante destacar, conforme apresentado na introdução deste trabalho, que as discussões acerca da promoção da saúde e da Atenção Primária à Saúde, presentes na *Declaração de Alma-Ata* (OMS & UNICEF, 1978) e na Conferência de Ottawa (OMS, 1986), também se fizeram presentes na construção do SUS.

Nesse ínterim, surge, em âmbito nacional e inspirado pelo êxito do Programa Agente Comunitário de Saúde do Ceará (PACS-Ceará), a figura do agente comunitário de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2001), o PACS é uma importante estratégia no aprimoramento e consolidação do SUS: “Sua meta se consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde” (Ministério da Saúde, 2001, p. 5).

1.4 O direito à saúde por um fio: as Políticas Nacionais de Atenção Primária à Saúde no Brasil

Para dar início à essa discussão, é importante lembrar que a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990) foi promulgada no início da década de 1990, época em que o Brasil era “marcado pela convivência entre a democratização e a liberalização” (Machado et al., 2011, p. 522) de sua política. Tal embate entre a democratização do acesso à saúde e os ideais da economia liberal demarcará o percurso das políticas relacionadas à Atenção Primária à Saúde.

Lazarini et al. (2021) apontam que, a partir de 1989, o Brasil iniciou uma série de reformas que impactariam as políticas sociais, especialmente na área da saúde. Tais reformas iam na contramão do que fora apregoado pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, articulando-se em torno da privatização, terceirização, desregulamentação e redução do grau de interferência do Estado na economia. Dessa maneira, “a saúde [no ideário liberal] é considerada um bem de consumo, devendo ser oferecida pelo mercado” (Lazarini et al., 2021, p. 3).

Mesmo em um contexto de embates e tensionamentos, a ideia da APS como ordenadora do cuidado se fortalece. Em 1996, foi promulgada a Norma Operacional Básica/NOB¹⁰ nº 01, que “redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema” (Ministério da Saúde, 1996).

Morosini et al. (2018) pontuam que, a partir da NOB/1996 (Ministério da Saúde, 1996), o Programa Saúde da Família (PSF) assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS. Essa normativa também estabeleceu incentivos para que os municípios adotassem tanto o PACS quanto o PSF.

A primeira Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2006) foi publicada em 2006 e transformou o PSF em Estratégia Saúde da Família (ESF), consolidando o modelo como referência para a APS e como centro ordenador da Rede de Atenção à Saúde. Essa política foi revisada em 2011 com a promulgação da segunda PNAB (Ministério da Saúde, 2011c). Morosini et al. (2018) e Giovanella et al. (2020) apontam que as PNAB tiveram papel fundamental na implantação e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. A Tabela 1 a seguir apresenta um comparativo entre as PNAB 2006 e 2011, evidenciando os acréscimos incorporados na de 2011.

Tabela 1

Comparativo entre as PNAB 2006 e 2011

¹⁰ As NOB se voltam para a definição de estratégias que orientam a operacionalidade do SUS.

Comparativo entre as PNAB 2006 e 2011		
Atributo	PNAB 2006	PNAB 2011
Definição de Atenção Básica (AB)	Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.	Desenvolvimento de uma atenção integral que impacta na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Destaca o “imperativo ético” de que todas as demandas, necessidades de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (ampliação da definição da PNAB 2006).
Composição da equipe multiprofissional	Médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde etc.	Mantém a equipe da PNAB 2006 e permite incluir outros profissionais, em função da realidade epidemiológica e institucional e das necessidades de saúde da população.
Infraestrutura e habitantes atendidos	UBS sem Saúde da Família em grandes centros urbanos: uma UBS para, no máximo, 30 mil habitantes.	UBS sem Saúde da Família em grandes centros urbanos: 1 UBS para, no máximo, 18 mil habitantes.
	UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos: uma para, no máximo, 12 mil habitantes.	UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos: 1 UBS para, no máximo, 12 mil habitantes.
		Cria UBS Fluviais.
Habitantes atendidos por ACS	Nº de ACS deve cobrir 100% da população cadastrada. Nº máximo: 750 pessoas por ACS; 12 ACS por equipe de Saúde da Família.	Nº de ACS deve cobrir 100% da população cadastrada. Nº máximo: 750 pessoas por ACS; 12 ACS por equipe de Saúde da Família.
Equipes de AB para Populações Específicas	Não estabelece.	Equipes Consultório na Rua: atenção à saúde da população em situação de rua.
		Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas. Equipes de Saúde da Família Fluviais.
Capacitações e educação permanente	A capacitação deve iniciar concomitantemente ao início do trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio do Curso Introdutório para toda a equipe. Recomenda-se que o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF.	Enfatiza a educação permanente como “estratégia de gestão”, necessária ao redirecionamento do modelo de atenção e à transformação contínua dos serviços e processos de trabalho das equipes. Estabelece que as equipes e as UBS podem demandar e propor ações conforme as necessidades dos territórios. Inclui dispositivos de apoio e cooperação horizontal, como trocas de experiências, discussões entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, apoio matricial, visitas e análise de experiências inovadoras.
Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF)	O NASF foi estabelecido em 2008 (Ministério da Saúde, 2008), ou seja, é posterior a PNAB 2006.	O NASF deve apoiar as equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas e saberes em saúde, por meio de discussão de casos, atendimentos conjuntos ou não, interconsultas, construção de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, intervenções no território, cuidado para com grupos populacionais e coletividades, ações intersetoriais, de prevenção e promoção da saúde e análise do processo de trabalho das equipes.

Nota. Elaborada pela autora (2025).

Magalhães Jr. e Pinto (2014) alertam que ser a porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS) não significa ser a única via de acesso. Para os autores, o destaque dado à APS refere-se à capacidade de identificar, manejar e transformar as necessidades da população de um determinado território, a partir da análise da demanda, do conhecimento do território, da interação com a comunidade e do vínculo estabelecido com a população.

Pensar em coordenação do cuidado cada vez mais significa investir na autonomia dos usuários; ter equipes que tenham, no diálogo, no fazer pedagógico e na corresponsabilização pelo processo de cuidado, elementos centrais de sua atuação; e, isso tudo, sem perder o compromisso de que cada equipe, serviço e sistema tem que buscar ser o mais responsável possível pela coordenação do cuidado do usuário, mesmo que se invista em sua autonomia e que essa coordenação seja compartilhada entre equipes, serviços e usuários/profissionais. (Magalhães Jr. & Pinto, 2014, p. 26)

Além da publicação da PNAB 2011, até meados de 2014 foi possível observar um processo de afirmação dessa política, a partir de uma série de publicações do Governo Federal: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), instituído em 2011 (Ministério da Saúde, 2011d); o Programa Mais Médicos, criado em 2013 (Ministério da Saúde, 2013a); e o Decreto nº 7.508/2011 (Brasil, 2011), que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990) e estabelece a Atenção Primária à Saúde como elemento essencial, indispensável, porta de entrada e ordenadora do SUS (Magalhães Jr. & Pinto, 2014).

Porém, a partir desse período, iniciou-se um processo de mudanças na conjuntura política do país, que culminou em uma série de retrocessos para a política de saúde. De acordo com Morosini et al. (2018), tal processo foi marcado pela reorganização das forças políticas conservadoras, pelo fortalecimento da pauta antidemocrática e autoritária, pela mercantilização dos direitos sociais básicos e pelo *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, em 2016. No mesmo ano do golpe que retirou Dilma da Presidência e colocou seu vice, Michel Temer, no poder, foi promulgada a Emenda Constitucional (EC) nº 95¹¹ (Presidência da República, 2016), que congelou os gastos com saúde e educação por 20 anos. Essa medida impactou diversas políticas públicas, especialmente no orçamento do SUS, dando início, em 2017, ao desfinanciamento do sistema e ampliando as desigualdades em saúde (Morosini et al., 2018; Massuda, 2020; Mendes et al., 2018; Melo et al., 2018).

A orientação é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. Do mesmo modo, opera-se uma ofensiva contra a classe trabalhadora, atingindo conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas e previdenciários. Trata-se de um conjunto de reformas supressoras de direitos sociais, em uma represália sem proporções ainda calculadas, do capital contra o trabalho. (Morosini et al., 2018)

¹¹ A EC nº 95/2016 foi substituída pela EC nº 126/2022, que ficou conhecida como “EC da Transição”. Com isso, os pisos salariais para a Saúde e a Educação, vigentes antes da publicação da EC nº 95/2016, voltaram a valer. Em resumo, o teto de gastos estabelecido pela EC nº 95/2016 foi revogado pela EC nº 126/2022 (Araújo, 2023).

Foi nesse contexto de “crise política e econômica do país” que a terceira PNAB foi publicada, em 2017, por meio da Portaria nº 2.436 (Ministério da Saúde, 2017b). Em uma primeira leitura, observa-se a retirada do termo de compromisso ético-político presente nas versões anteriores (Ministério da Saúde, 2006; Ministério da Saúde, 2011c). Além disso, foi suprimida a palavra “democrática” em referência ao formato das práticas de gestão e cuidado, da mesma forma que foi feito com o princípio de humanização (Melo et al., 2018).

A PNAB 2017 (Ministério da Saúde, 2017b), apesar de estabelecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária na ordenação da Atenção Primária à Saúde — tal qual as PNAB anteriores —, abriu a possibilidade da existência de outras estratégias, ainda que não as tenha nomeado. Esse descomprometimento com o caráter indutivo da política se manifesta de forma imprecisa ao longo do documento, valendo-se do discurso de adequação às necessidades do território (Morosini et al., 2018; Melo et al., 2018).

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo, **reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios** [destaque nosso], que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde. (Ministério da Saúde, 2017b, pp. 5–6).

Na Tabela 2, estabelecemos um comparativo entre as PNAB 2011 e 2017, com os mesmos atributos da Tabela 1, para visualizar as discontinuidades apresentadas na PNAB 2017.

Tabela 2

Comparativo entre as PNAB 2011 e 2017

Comparativo entre as PNAB 2011 e 2017		
Atributo	PNAB 2011	PNAB 2017
Definição de Atenção Básica (AB)	Desenvolvimento de uma atenção integral que impacta na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Destaca o “imperativo ético” de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.	Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Desenvolvida por práticas de cuidado integrado e gestão qualificada. Promovida por equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido. Equipe assume responsabilidade sanitária.
Composição da equipe multiprofissional	Médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Permite incluir outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população.	Três tipos de equipe: equipe AB: médico, em especial Médico da Família e Comunidade (MFC); enfermeiro, de preferência especialista em SF; auxiliar de enfermagem e/ou técnico de enfermagem. equipe SF: médico, em especial MFC; enfermeiro, de preferência especialista em SF; auxiliar e/ou técnico de enfermagem; e ACS. equipe Saúde Bucal (SB): (1) modalidade cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); (2) modalidade: cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.
Infraestrutura e habitantes atendidos	UBS sem Saúde da Família em grandes centros urbanos: 1 UBS para, no máximo, 18 mil habitantes.	A população adscrita pelas equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família deverá ser de 2.000 a 3.500 pessoas. Possibilita outros arranjos de adscrição, conforme especificidades do território.
	UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos: 1 UBS para, no máximo, 12 mil habitantes.	
	Cria UBS Fluviais.	Mantém UBS Fluviais.
Habitantes atendidos por ACS	Nº de ACS deve cobrir 100% da população cadastrada. Nº máximo: 750 pessoas por ACS; 12 ACS por equipe Saúde da Família (eSF).	Não estabelece nº de ACS por população. Deixa margem para a gestão municipal decidir, <i>recomendendo</i> a cobertura de, no máximo, 750 pessoas por ACS, em áreas de risco e vulnerabilidade social, conforme explicação a seguir (p. 66).
Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas	Equipes Consultório na Rua: atenção à saúde de pessoas em situação de rua.	Mantém equipes Consultório na Rua.
	Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas Equipes de Saúde da Família Fluviais.	Mantém o atendimento à População Ribeirinha por meio das ESFR e ESFF.
Capacitações e educação permanente	Enfatiza a educação permanente como “estratégia de gestão”. Estabelece que as equipes e as UBS podem demandar e propor ações conforme as necessidades dos territórios. Inclui dispositivos de apoio e cooperação horizontal, como trocas de experiências, discussões entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de estudos, apoio matricial, visitas e análise de experiências inovadoras.	Reconhece a Educação Permanente como parte do processo de trabalho, a ser desenvolvida no cotidiano das equipes, com espaço garantido na carga horária. Destaca a qualificação de gestores e profissionais da equipe multiprofissional, incluindo também processos formativos com tempo definido e temas relevantes para a AB e a dinâmica de trabalho.
Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF)	O NASF deve apoiar as equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas e saberes em saúde	Altera a nomenclatura para “Núcleo Ampliado de SF e AB” (NASF-AB). Mantém as atribuições da equipe, conferindo ao gestor local autonomia para definir sua composição. Reduz as diretrizes sobre processos de trabalho e organização dos profissionais.

Nota. Elaborada pela autora (2025).

Além da ambiguidade acerca da ESF como ordenadora da Atenção Básica, outro ponto relativizado na PNAB 2017 (Ministério da Saúde, 2017b) foi a cobertura da população. Como apontado na Tabela 2, a PNAB 2017 estabeleceu que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (AB) e equipe de Saúde da Família (SF) fosse de 2.000 a 3.500 pessoas, porém possibilitou “outros arranjos de adscrição”, considerando parâmetros populacionais maiores ou menores do estabelecido, conforme especificidades do território e decisão do gestor municipal. Morosini et al. (2018) pontuaram que

a nova PNAB deturpa a ideia de especificidades territoriais que antes justificavam e davam consistência ao princípio da equidade . . . contrariamente, esta segmentação do cuidado traz as bases para o desenvolvimento de um SUS seletivo. (p. 17)

A nova PNAB (Ministério da Saúde, 2017b) estabelece que as ações e serviços da Atenção Primária à Saúde devem seguir padrões essenciais ou ampliados de serviço. Os padrões essenciais referem-se a ações e procedimentos relacionados às condições básicas de acesso e qualidade na Atenção Básica; já os padrões ampliados dizem respeito a ações e procedimentos estratégicos voltados ao alcance de níveis mais elevados de acesso e qualidade. Entretanto, o documento não explicita quais seriam essas ações em cada padrão, delegando ao gestor municipal a responsabilidade de analisar as demandas do território e mensurar a capacidade resolutiva das equipes e serviços da APS do seu município.

Melo (2018) alerta que essa dinâmica pode resultar em uma forma de atenção simplificada e seletiva. Além disso, a respeito dos padrões essenciais, Morosini et al. (2018) ressaltam a importância de distinguir entre cuidados básicos e cuidados mínimos, apontando que a segmentação entre padrões essenciais e padrões ampliados remete à ideia de uma atenção mínima.

Assim, o termo “básico” se esvazia do sentido que é tão caro a alguns autores da literatura sobre APS no Brasil, isto é, como distintivo do compromisso da AB, de ser o primeiro nível de acesso a um sistema universal, que abrange uma rede integral e complementar de atenção à saúde, capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população. (Morosini et al., 2018, p. 16)

A composição das equipes também é outro aspecto que deve ser ressaltado, uma vez que a PNAB 2017 (Ministério da Saúde, 2017b) estabelece dois tipos de equipe: a Equipe Atenção Básica e a Equipe Saúde da Família, sendo obrigatória a presença de, pelo menos, um ACS apenas nas eSF.

Quanto à carga horária dos profissionais, a PNAB 2011 (Ministério da Saúde, 2011c) determina que todos os profissionais da saúde membros da eSF devem cumprir carga horária semanal de 40 horas, com exceção dos médicos, cuja inserção poderia ocorrer em três modalidades, todas exigindo o cumprimento de 30 horas semanais. Já a PNAB 2017 (Ministério da Saúde, 2017b) estabelece que a carga horária mínima por categoria deve ser de 10 horas semanais, com o limite de até três profissionais por categoria, desde que o total de horas somadas atinja, no mínimo, 40 horas semanais por equipe.¹²

Diante dessa alteração, cabe o questionamento: que vínculos são possíveis em uma realidade que flexibiliza a cobertura populacional e permite uma carga horária mínima de apenas 10 horas semanais por profissional?

¹² Destacamos que a recomendação de carga horária mínima de 10 horas se aplica somente às equipes de AB e não às equipes ESF, cuja recomendação se mantém em 40 horas semanais. Ainda de acordo com a PNAB de 2017 (Ministério da Saúde, 2017b), as equipes de AB não precisam ter nenhum ACS em sua formação.

De acordo com Giovanella et al. (2020), a alteração de carga horária, especialmente para os profissionais médicos, retoma a concepção do emprego médico na APS como um “bico”, além de “fortalecer uma atuação profissional, sobretudo do médico, orientada à atenção curativa e de controle de riscos individuais” (Giovanella et al., 2020, p. 1477).

Sobre o ACS, personagem principal desta pesquisa, é possível apontar três alterações significativas no seu processo de trabalho: a relativização da cobertura, a possibilidade de uma equipe mínima sem ACS e a fusão entre o ACS e o agente de combate à endemia.

Como apresentado na Tabela 2, a PNAB 2017 (Ministério da Saúde, 2017b) não estabelece um número mínimo de ACS por equipe, somente *recomenda* os parâmetros já estabelecidos nas PNAB anteriores: 750 pessoas por ACS **apenas em áreas de risco e vulnerabilidade social, deixando em aberto os parâmetros de adscrição em territórios que não continham essa característica**. Além disso, essa política extingue o ACS da equipe de AB, colocando-o como imprescindível somente na equipe de Saúde da Família. Essas duas alterações somadas podem comprometer o acesso à saúde da população, uma vez que o ACS é, originalmente, o profissional que se propõe a estabelecer um elo entre a equipe de saúde e a comunidade, promovendo o cuidado e a relação continuada (Melo et al., 2018; Morosini et al., 2018). Para Giovanella et al. (2020, p. 1477), “a possibilidade de ausência do ACS afeta um dos pilares do modelo assistencial que caracteriza a ESF em seu componente comunitário e de promoção da saúde, pautado pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada”.

De acordo com Morosini et al. (2018), a fusão entre as atividades dos ACS e dos ACE já vinha sendo articulada desde o Fórum de Gestão da Atenção Básica, em 2016. A PNAB 2017, sob a justificativa de promover uma intervenção clínica supostamente mais efetiva e eficaz nos territórios, estabeleceu que as atividades específicas dos ACS e ACE deveriam ser integradas e, em seguida, descreveu atribuições comuns entre os dois profissionais (Ministério da Saúde, 2017b).

Em síntese, o ACE preserva a responsabilidade sobre práticas tradicionalmente associadas ao seu trabalho, mas sofre um acréscimo em suas tarefas ao incorporar as atividades hoje atribuídas aos ACS. Estes, por sua vez, sofrem uma descaracterização do seu trabalho, que já vem sendo esvaziado das ações de educação em saúde, em virtude da priorização de atividades associadas às “linhas de cuidado”, que têm assumido um foco na prevenção de doenças, assim destinando a esses trabalhadores ações mais pontuais. (Morosini et al., 2018, p. 20)

Melo et al. (2018) alertam que a fusão das atribuições entre os ACS e os ACE, em conjunto com as iniciativas de formação dos ACS em cursos técnicos de enfermagem, podem modificar tanto o perfil e as competências dos ACS quanto os modos de organização da Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, pontuam que essa fusão parece atender mais à lógica da desoneração da gestão municipal do que ao aperfeiçoamento dos processos de trabalho.

Embora o financiamento das políticas públicas não seja nossa área de especialidade, trata-se de um tema fundamental para a compreensão da organização e da prestação de serviços em saúde, uma vez que exerce “forte poder indutor sobre o modo de organização do acesso a serviços e tecnologias, uso de recursos disponíveis, com

impacto sobre resultados em saúde” (Massuda, 2020, p. 1182). É sobre as alterações do financiamento da APS que trataremos a seguir.

Massuda (2020) e Melo et al. (2018) recordam que os Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável constituíram um importante mecanismo para a expansão da APS e da SF em todo o Brasil, uma vez que estabeleceram duas formas de repasse: o PAB fixo, por meio de repasse *per capita*, e o PAB variável, por adesão ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ao Programa Saúde da Família e, posteriormente, ao Núcleo de Apoio Saúde da Família. Ou seja, o PAB fixo era calculado com base na população daquele território (calculado com base na população definida pelo IBGE), enquanto o PAB variável destinava-se a incentivar estratégias de expansão e qualificação da APS.

Em 2019, foi promulgada uma portaria relevante no âmbito do financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil: a Portaria nº 2.979 (Ministério da Saúde, 2019), que institui o Programa Previne Brasil. Esse programa estabelece um novo modelo de financiamento e custeio da APS. Com sua implementação, o financiamento, anteriormente baseado no Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável, passa a ser operado por três componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A respeito da capitação ponderada, o art. 10 da Portaria nº 2.979 (Ministério da Saúde, 2019), estabelece que tal formato de capitação deve considerar:

- (a) a população *cadastrada* na equipe de SF e na equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);
- (b) a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na equipe de SF e na equipe de APS [usuários beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou de benefícios previdenciários];

- (c) o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na equipe de SF e na equipe de APS (peso maior para pessoas cadastradas com até cinco anos de idade e a acima de 65 anos de idade); e
- (d) a classificação geográfica definida pelo IBGE (de acordo com o tamanho e a distância municipal: urbano, intermediário-adjacente, rural adjacente, intermediário remoto e rural remoto).¹³

Dessa forma, ocorre uma mudança substancial no financiamento das políticas de saúde: se, anteriormente, o valor do PAB fixo era calculado com base na população residente do território (*per capita*), com a nova determinação passa-se a considerar apenas as pessoas *cadastradas*, com ponderações segundo vulnerabilidades e especificidades locais. Tal alteração rompe com o princípio da universalidade do SUS (Mendes & Carnut, 2019; Morosini et al., 2020; Massuda, 2020).

Massuda (2020) apontou que uma das problemáticas desse novo componente é a de que o financiamento passou a depender da efetividade do cadastro, criando uma dificuldade a mais tanto para municípios com áreas carentes e de difícil acesso, quanto para aqueles com grande contingente populacional, nos quais é um grande desafio cadastrar toda a população.

Outra problemática relevante, que aprofunda o rompimento com o princípio da universalidade, é que a ponderação introduzida pelo novo modelo estabelece distinções entre os usuários com base na classe social e nas condições de vulnerabilidade, criando uma “neofocalização” (Mendes & Carnut, 2019, p. 3). Morosini et al. (2020) pontuam

¹³ O artigo segue com o Parágrafo único: “O cálculo que trata o caput será baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica” (Ministério da Saúde, 2019).

que a ênfase na pessoa cadastrada, em detrimento da lógica territorial, sustentada pelo financiamento *per capita*), desconsidera o processo social de produção das vulnerabilidades, impactando e desmobilizando ações de saúde que possuem o objetivo de transcender a clínica biomédica.

Reconhecemos que “o novo” modelo será para transferir recursos para uma atenção primária centrada na atenção aos mais pobres, valor essencial de uma concepção neoliberal, que prioriza a eficiência econômica na alocação dos recursos focalizados, ou seja, um “SUS para os pobres”. De certa forma, elimina-se a lógica de transferências de um *per capita* baseado no conjunto da população do município, rompendo o vínculo com o território-população. Neste sentido, dificulta-se o fortalecimento das visitas domiciliares, prejudicando a ação comunitária, o planejamento territorial e a vigilância em saúde, principalmente pela ausência de recursos globais direcionado[s] à Atenção Primária nos municípios. (Mendes & Carnut, 2019, p. 5)

O componente de pagamento por desempenho está descrito no art. 12º do Previn Brasil (Ministério da Saúde, 2019), o qual estabeleceu que o cálculo de pagamento por desempenho deve considerar os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de acordo com o cumprimento de meta para cada indicador por equipe e condicionado ao tipo de equipe, correspondendo ao somatório de resultados obtidos por equipe. As categorias de indicadores definidos pelo Previn Brasil (Ministério da Saúde, 2019) são:

(a) processo e resultados intermediários das equipes; (b) resultados em saúde; e (c) resultados globais de APS.¹⁴

Em um primeiro momento, é importante refletir sobre o indicador de “resultados em saúde”, considerando que o sistema de saúde brasileiro tem suas bases calcadas na compreensão da determinação social do processo saúde-doença e na superação de um modelo estritamente biomédico, já apregoado pela *Declaração de Alma-Ata* (OMS & UNICEF, 1978) e defendido pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, materializado no relatório da 8ª CNS (Ministério da Saúde, 1987) e na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990). Com base nos conceitos apresentados por esses documentos, é necessário compreender que a melhoria na saúde da população — ou seja, o “resultado em saúde” — não se concentra somente na superação de sintomas e diagnósticos, mas envolve, sobretudo, a melhoria da qualidade de vida e o acesso à saúde naquele território. Além disso, Massuda (2020) pontua que não há evidências de que o incentivo por remuneração resulte, de forma consistente, em melhorias nos resultados em saúde.

Morosini et al. (2020) destacam que o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) (Ministério da Saúde, 2011d) já previa um aporte de recurso no PAB, por meio do acompanhamento e discussão de indicadores em saúde. Porém, o Programa Previne Brasil enfatiza o monitoramento de procedimentos e resultados das ações em saúde, em detrimento das discussões sobre os processos de trabalho. Somado a isso, como explicaram Mendes e Carnut (2019), é necessário compreender que o quantitativo de consultas não se traduz em resultados epidemiológicos. Assim, tais resultados em saúde apresentam “baixíssimo impacto na capacidade de garantir saúde às

¹⁴ O art. 12 continua: Parágrafo único. Os indicadores de que trata o caput deverão considerar ainda a relevância clínica e epidemiológica, disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade” (Ministério da Saúde, 2019).

populações, além, desses indicadores privilegiarem a ação individual em detrimento das coletivas” (Mendes & Carnut, 2019, p. 3).

Ao priorizar determinados indicadores e ações em detrimento de outros, o pagamento por desempenho também rompe com outro princípio universal do SUS: a equidade. Isso porque avaliam o trabalho sob uma perspectiva quantitativa, em vez de qualitativa (Mendes & Carnut, 2019; Massuda, 2020).

O pagamento por desempenho também afeta o trabalhador em saúde, uma vez que intenta condicionar o comportamento produtivo dos trabalhadores, gerando um controle interno e a organização dos serviços através de uma recompensa financeira. Ademais, “nada se comenta sobre a melhoria das condições do trabalhador de saúde, em destaque a remuneração e carreira. Parece que a aposta do novo modelo premiará a intensificação da superexploração da força de trabalho em saúde” (Mendes & Carnut, 2019, p. 6).

O terceiro e último componente de financiamento estabelecido pelo Previn Brasil (Ministério da Saúde, 2019) é o de incentivo para ações estratégicas,¹⁵ o qual mantém a lógica do PAB variável de incentivo do Governo Federal a determinadas estratégias (Mendes & Carnut, 2019), porém extingue os incentivos que orientavam o modelo de atenção à lógica territorial e comunitária (equipe SF, ASF e saúde indígena, por exemplo) (Morosini et al., 2020).

¹⁵ Custeio das seguintes ações, programas e estratégias: Programa Saúde na Hora; Equipe de Saúde Bucal (SB); Unidade Odontológica Móvel (UOM); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); Equipe Consultório na Rua (CR); Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (SFR); Microscopista; Equipe de Atenção Básica Prisional (ABP); Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade; Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde; Programas de apoio à informatização da APS; Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional; Estratégia de agentes comunitários de saúde (ACS) e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico. (Ministério da Saúde, 2019)

Ao trabalharmos as recentes mudanças na organização das políticas APS brasileiras, não podemos deixar de citar outros dois documentos relevantes para a discussão: (a) a Lei nº 13.958/19 (Brasil, 2019),¹⁶ que institui o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) e o serviço social autônomo Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS); e (b) a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) (Ministério da Saúde, 2020b).

O PMB se configura como uma contraposição ao Programa Mais Médicos (PMM) e tem como finalidade a incrementação da prestação de serviços médicos em locais com alta vulnerabilidade e dificuldade de fixação de profissionais médicos (Mendes & Carnut, 2019; Morosini et al., 2020). Entretanto, Mendes e Carnut (2019) alertam que tal formato de alocação, apesar de, à primeira vista, parecer equânime, desvela-se arbitrário, uma vez que os maiores desafios de financiamento e expansão da APS ocorrem em municípios urbanos e de grande porte. Além disso, o modelo atrela o financiamento à presença do profissional médico, em detrimento da equipe multidisciplinar estabelecida pela Estratégia Saúde da Família.

A Lei nº 13.958/19 (Brasil, 2019) também institui a ADAPS, abrindo precedentes para que uma entidade privada assuma a gestão da AB, com a justificativa de suporte ao PMB. No entanto, tal iniciativa “disponibiliza ao setor privado acesso e gestão de fonte estável e volumosa de financiamento . . . registre-se que o SUS mobiliza o segundo maior orçamento da União” (Morosini et al., 2020, p. 12).

¹⁶ A Lei nº 13.958/19 foi substituída pela Lei nº 14.621 (Brasil, 2023c).

Como apontado anteriormente, no mesmo ano da criação da ADAPS, o Ministério da Saúde instituiu a CaSAPS (Ministério da Saúde, 2020b), que consiste em uma lista de ações e serviços ofertados no âmbito da APS no Brasil, constituindo-se de um documento orientador dos serviços de APS no Brasil, que organiza os serviços da seguinte maneira: Vigilância em Saúde, Promoção à Saúde, Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso, Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente, Procedimentos na APS e Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal (Ministério da Saúde, 2020b, p. 8).

Morosini et al. (2020) apontam que a CaSAPS parte de padrões mínimos de oferta de serviços, com escopo reduzido em comparação ao conteúdo dos Cadernos de Atenção Básica, reforçando a concepção de atenção segmentada apresentada na PNAB 2017 (Ministério da Saúde, 2017b), de padrões essenciais e ampliados. Além disso, a CaSAPS promove um esvaziamento da noção de cuidado territorializado, afastando a participação popular da construção das políticas de saúde — aspecto primordial na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), na PNAB 2006 (Ministério da Saúde, 2006) e na PNAB 2011 (Ministério da Saúde, 2011c).

No que se refere ao vínculo com a Política de Saúde Mental, a CaSAPS menciona a saúde mental somente nas seções sobre Atenção e Cuidados Centrados no Adulto e no Idoso e Atenção e Cuidados Centrados na Criança e no Adolescente.

Para adultos e idosos, a saúde mental é abordada nos seguintes aspectos: (a) assistência ao pré-natal da gestante e do parceiro, incluindo a saúde mental na gravidez; (b) prevenção, identificação e aconselhamento sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas; e (c) identificação e manejo da pessoa em sofrimento psíquico e com transtornos mentais prevalentes. No caso de crianças e adolescentes, a menção à saúde mental

restringe-se à prevenção, identificação e aconselhamento em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Morosini et al. (2020) relatam que a articulação entre o Previne Brasil (Ministério da Saúde, 2019), a ADAPS (Brasil, 2019) e a CaSAPS (Ministério da Saúde, 2020b) indicam um caminho preocupante de privatização da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

No Previne Brasil, a lógica individualizante é impulsionada pela extinção do PAB fixo e adoção da capitação baseada na pessoa cadastrada e do pagamento por desempenho, centrado em poucos aspectos clínicos . . . O projeto de privatização ganha, com a capitação por pessoa cadastrada, somada à lista de serviços definida na CaSAPS, instrumentos importantes para a precificação — condições para a remuneração de serviços contratados, em especial ao setor privado . . . Apresentada como alternativa à gestão pública, a ADAPS escancara as intenções de privatização da atenção básica. (Morosini et al., 2020, p. 16)

1.5 “De perto ninguém é normal”

A promulgação da Lei nº 10.216 (Brasil, 2001) e, posteriormente, da Portaria nº 3.088 (Ministério da Saúde, 2011a) consolidaram a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que tem como principal objetivo o cuidado em liberdade. Dessa forma espera-se que a pessoa em sofrimento psíquico, antes segregada da sociedade pelos muros do manicômio, passe a transitar pela comunidade e a (re)existir no território.

A frase “de perto ninguém é normal”¹⁷ (Veloso, 1986) é utilizada aqui como uma alusão à proposta da RPB: se antes a exclusão fazia existir nas relações sociais uma ideia de homogeneidade entre as pessoas, a saída dos ditos “loucos” do manicômio e a aproximação dos sujeitos fez cair por terra essa suposta normalidade, abrindo espaço para a compreensão da diversidade.

Amarante (2001) afirma que a Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo, ou seja, “um processo dinâmico, plural, articulado entre si por várias dimensões que são simultâneas e que se intercomunicam, se retroalimentam e se complementam” (p. 17). É importante destacar que, assim como a Reforma Sanitária, a RPB prevê mais do que uma mudança na forma de atenção: busca-se um “novo lugar social para a loucura” (Amarante, 2001). Nesse sentido, a RPB anseia pela desinstitucionalização dos sujeitos, não somente a sua desospitalização: não basta que as pessoas saiam dos manicômios se continuarem restritas à casa ou às instituições de saúde.

A desinstitucionalização prevê o desenvolvimento da autonomia das pessoas. Para tanto, é necessário uma mudança na forma como os trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, as instituições compreendem os sujeitos, uma vez que a lógica manicomial pode ainda fazer parte da visão dos profissionais de saúde tanto da Rede de Atenção Psicossocial quanto da Atenção Básica.

A intervenção junto aos sujeitos em sofrimento psíquico constitui-se como um desafio tanto para os profissionais de saúde como para a comunidade, visto que os estigmas em relação aos ditos “loucos” ainda se perpetuam forte e insistentemente em nossa sociedade. Persiste o desejo de mantê-los encarcerados aos rótulos de incapazes e

¹⁷ Amarante (2017) explica que a música “Vaca Profana” de Caetano Veloso — da qual foi retirado o excerto que dá título a esta seção — faz várias referências à Espanha, e que a frase “de perto ninguém é normal” seria de autoria de Pablo Picasso. Porém, como esse registro não foi encontrado, manteremos a referência à música de Caetano Veloso, mas registramos a menção ao pintor.

agressivos, justificando, assim, condutas assistencialistas e tutelares (Cabral & Albuquerque, 2015; Campos & Romagnoli, 2007).

Amarante (2023) aponta que, em se tratando de saúde mental, é necessário compreender que a alta complexidade está na atenção primária, não no hospital psiquiátrico, como usualmente se pensa, pois a complexidade reside no território, no desafio de lidar com a pessoa sem retirá-la de seu ambiente. Nesse cenário, o trabalho dos ACS se mostra essencial, uma vez que eles

são os responsáveis em fazer uma ponte entre o cotidiano de cada casa, de um determinado lugar, e a equipe de saúde da família . . . por serem também moradores dos territórios (ao menos em tese), sabem identificar as necessidades daquela população específica, de cada quarteirão, de cada casa . . . são esses profissionais que têm a potencialidade de colocar no cenário dos serviços de saúde a vida como ela é, em sua dimensão trágica e complexa. (Yasui & Amarante, 2018, p. 178)

De acordo com Tesser et al. (2010) e Amarante (2023), a APS propõe uma nova forma de compreender o cuidado, fundamentada em ações de promoção de saúde e prevenção dos agravos, com o objetivo de superar a medicalização, isto é, a tendência de transformar qualquer sofrimento humano em diagnóstico, transtorno e/ou doença, desconectando o sujeito de sua história e de suas condições de vida.

Para tanto, é necessário que entre em cena um modo de cuidado em saúde que se construa nos encontros entre profissionais e usuários. Um cuidado que parte dos saberes produzidos no território e que, ao convocar um novo paradigma pautado na liberdade e na desinstitucionalização, seja capaz de afetar os profissionais, levando-os a repensar suas práticas e a construir novas formas de relação com pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares (Saffer & Barone, 2017; Campos & Romagnoli, 2007).

Essa nova forma de cuidado pode ser compreendida como acolhimento, que envolve não só uma postura ética e respeitosa na relação com o usuário, mas também a avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas. Isso permite, em tese, hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado (diferenciar necessidades mais prementes de menos prementes); distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas características. (Tesser et al., 2010, p. 3619)

Em oposição ao paradigma manicomial, pautado no encarceramento e na destituição do sujeito de si mesmo e de suas relações, o movimento da RPB propõe o paradigma da Atenção Psicossocial. De acordo com Yasui, Luzio e Amarante (2018), o olhar da atenção psicossocial volta-se ao sofrimento humano na sua relação com a vida. Dessa maneira, o tratamento em saúde mental, que antes era voltado à remissão dos sintomas e à cura do adoecimento, é transformado em cuidado em saúde mental, com o objetivo de (re)construir a autonomia do sujeito, dentro de suas limitações.

Na lógica da atenção psicossocial, o cuidado em saúde mental se constitui na materialidade da vida e nos vínculos que são possíveis: “Não há como pensar a construção do cuidado em saúde mental, sem pensar no tempo e no lugar em que este cuidado se constitui, tecido como estratégia em rede” (Yasui, Luzio & Amarante, 2018, p. 177).

Tanto a Reforma Sanitária quanto a Reforma Psiquiátrica Brasileira se fortalecem a partir do processo de redemocratização do país e ambas são parte de um projeto de Brasil que escolheu garantir a todos os cidadãos o direito à saúde (Ministério da Saúde, 2013b).

É primordial compreender que, ao falarmos em RPB ou em RAPS, estamos falando do próprio Sistema Único de Saúde. Embora esse entendimento possa parecer simples e óbvio, muitas vezes a RAPS é tratada como algo à parte do SUS. Dizer que a RAPS é SUS significa reconhecer que os serviços de saúde mental precisam operar de acordo com os princípios e as diretrizes do sistema, os quais contemplam o “acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e a participação popular” (Yasui, Luzio & Amarante, 2018, p. 177).

É consensual que a amplitude da promoção do cuidado na lógica da Atenção Psicossocial exige que os sistemas, organizados a partir da Atenção Básica, reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las a partir de redes de suporte social. A reflexão sobre a integralidade deve, todavia, ampliar o conceito constitucional, em busca da ampliação de possibilidades, tomando-a como traço assistencial fundamental na construção de redes de atenção e de suporte social, como modo de organizar as diversas práticas de cuidado que a complexidade dos casos exige. (Ministério da Saúde, 2013b, p. 127)

Nesse contexto, as equipes das UBS, especialmente as vinculadas à ESF, destacam-se pela proximidade com os usuários do território em que atuam, o que favorece a construção de vínculos fortalecidos com a população. Assim, quando falamos de cuidado em saúde mental na APS, a partir da perspectiva da atenção psicossocial, estamos tratando, sobretudo, do cuidado de pessoas. Concordamos com o Ministério da Saúde (2013b) quando este sustenta que o cuidado em saúde mental na APS não exige, necessariamente, práticas que extrapolem aquelas já realizadas pelos trabalhadores da APS. É necessário, entretanto, que sejam aprimoradas as competências de cuidado em

saúde mental, considerando “a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde” (Ministério da Saúde, 2013b, p. 11).

Com o objetivo de aprimorar e apoiar as equipes da ESF, estabeleceu-se, por meio da Portaria nº 154/2008 (Ministério da Saúde, 2008), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que incluíam a saúde mental entre suas frentes. Entre as ferramentas utilizadas pelo NASF nessa área, destaca-se o apoio matricial.

O apoio matricial é uma estratégia de cogestão e corresponsabilidade, essencial para a construção do cuidado em saúde mental na APS. Seu propósito é promover uma interação dialógica entre os profissionais, reconhecendo o papel de cada um na atenção aos usuários. Essa estratégia amplia as possibilidades de construção de vínculos, tanto entre os profissionais quanto entre profissionais e usuários, ao oferecer retaguarda assistencial especializada e suporte técnico-pedagógico à equipe de referência (Campos, 2012; Cunha & Campos, 2011, Ministério da Saúde, 2011b).

O matriciamento é tido como um cuidado colaborativo que possibilita um atendimento integral e compartilhado entre as equipes de APS/SF e as equipes de saúde mental. Trata-se de uma construção interdisciplinar, realizada por profissionais de diversas especialidades (Ministério da Saúde, 2011b; Santos & Soares, 2022). De acordo com o Ministério da Saúde (2011b), o apoio matricial ocorre entre a equipe de referência, composta pelos trabalhadores da ESF, e a equipe de apoio matricial, integrada por profissionais da saúde mental, como psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais e enfermeiros especializados em saúde mental.

Contudo, as mudanças introduzidas pela PNAB 2017 representaram uma significativa fragilização das atribuições do NASF e de sua inserção na AB. Além da redução das especificações dos processos de trabalho (conforme apontado na Tabela 2), Melo et al. (2018) observam que a alteração da nomenclatura — de Núcleo de Apoio em

Saúde da Família para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) — sinaliza uma inflexão no conceito original do NASF, podendo comprometer sua função de apoio matricial. Os autores alertam que, a partir da PNAB 2017, os NASF-AB passaram a poder atuar também em UBS tradicionais, aquelas que não possuem equipe ESF. Isso tende a enfraquecer ainda mais seu funcionamento e pode ocasionar

uma interferência negativa no seu formato de funcionamento (que já é um desafio mesmo nas EqSF), pela maior dificuldade de operar na lógica do apoio matricial com este tipo de UBS (considerando o regime de cargas horárias previsto bem como a baixa indução para funcionarem com atributos e diretrizes observados na ESF). (Melo et al., 2018, p. 45)

A onda de retrocessos e conservadorismo que atingiu a PNAB¹⁸ também assolou a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira. De acordo com Delgado (2019), a reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava um progresso relativamente contínuo desde a década de 1980, mas, a partir de 2016, tal desenvolvimento não só estacionou, como retrocedeu. Tal fato pode ser observado a partir dos dados da 13ª edição do Relatório Saúde Mental em Dados¹⁹ (Ministério da Saúde, 2024), que demonstraram queda na ampliação da RAPS, especialmente na expansão dos CAPS.

¹⁸ Assunto abordado com mais profundidade no subcapítulo 1.4 desta pesquisa.

¹⁹ A primeira publicação do relatório *Saúde Mental em Dados* ocorreu no ano de 2006 e, a partir daí, foi lançado anualmente, até a sua penúltima publicação, em 2015. Entre os anos de 2016 e 2024 houve um hiato significativo de publicações, o que demonstra mais uma face do retrocesso vivido nas políticas de saúde, em especial de saúde mental.

Figura 5

Série histórica da expansão de CAPS por ano



Nota. A figura apresenta os números relativos à expansão do CAPS em território nacional entre os anos 1998 e 2024. Figura retirada do Boletim Saúde Mental em Dados, nº 13, ano 19 (Ministério da Saúde, 2025, p. 12).

Na Figura 5, observa-se com nitidez o movimento de retrocesso apontado por Delgado (2019). Entre 2017 e 2021, foram implementados 246 novos CAPS. Já entre 2022 e 2024, registrou-se a implantação de 180 novos centros, o que equivale a aproximadamente 73% do total do período anterior, porém em um intervalo de tempo duas vezes menor. No entanto, o retrocesso não se restringe à drástica redução na implementação de serviços substitutivos: atinge o cerne da RPB ao relativizar o cuidado em liberdade.

Em dezembro de 2017, o Governo Federal publicou a já mencionada Portaria nº 3.588 (Ministério da Saúde, 2017a). Posteriormente, em 2019, emitiu a Nota Técnica nº 11/2019 (Ministério da Saúde, 2019b), com o objetivo de justificar e detalhar as mudanças efetuadas na PNSM e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

Assim como na PNAB 2017, a Nota Técnica nº 11/2019 apresentou um discurso dúbio: por um lado, diz promover a integração e a participação social da pessoa em sofrimento psíquico, comprometendo-se com a lógica da RPB; por outro, retoma a centralidade do hospital psiquiátrico e das comunidades terapêuticas.

A veia manicomial da Nota Técnica nº 11/2019 se evidencia ao reestabelecer a eletroconvulsoterapia como método terapêutico e ao manifestar sua discordância com o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e à abertura de serviços substitutivos.

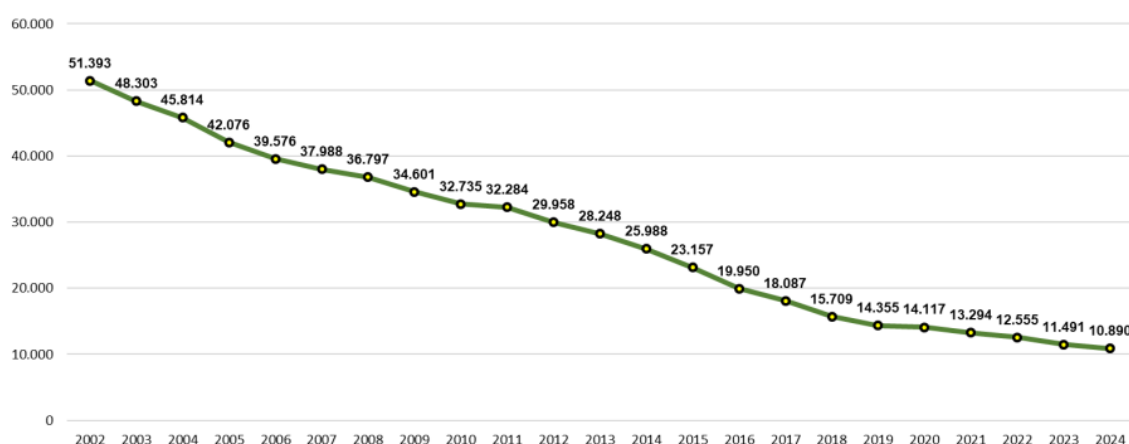
Todos os Serviços, *[sic]* que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque *[sic]* se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. (Ministério da Saúde, 2019b, pp. 3–4)

Vale ressaltar que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de hospitais psiquiátricos continua sendo incentivada pelo Governo Federal, que não entende esses Serviços como locais de moradia de pacientes. Entretanto, **a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos** [destaque nosso] (Ministério da Saúde, 2019b, pp. 4–5).

A figura a seguir evidencia uma redução significativa dos leitos SUS em hospitais psiquiátricos até 2017, enquanto, paralelamente, observa-se o crescimento dos serviços substitutivos no mesmo período (conforme apontado na Figura 5). Tal movimento dialoga com os princípios da RPB e está em consonância com o que determina a Portaria nº 3.088/2011 (Ministério da Saúde, 2011a).

Figura 6

Série histórica de leitos SUS em hospitais psiquiátricos, por ano



Nota. A figura apresenta os números relativos à diminuição de leitos SUS em hospitais psiquiátricos, em território nacional, entre dezembro de 2002 e setembro de 2024. Figura retirada do Boletim Saúde Mental em Dados, nº 13, ano 19 (Ministério da Saúde, 2025, p. 44).

No entanto, a partir de 2017, ano de publicação da Portaria nº 3.588/2017 (Ministério da Saúde, 2017a), essa tendência de redução dos leitos passa a desacelerar, chegando, em determinados momentos, a praticamente estabilizar.

Somada à fragilização da RAPS impulsionada pela Portaria nº 3.588/2017, a Nota Técnica nº 11/2019 (Ministério da Saúde, 2019b) estabelece uma relação causal entre os chamados “problemas na condução da antiga PNSM” (p. 5) e o aumento (a) do número de pessoas em sofrimento psíquico grave em situação de rua;²⁰ (b) do uso problemático de álcool e outras drogas; (c) das cenas de uso de crack (as chamadas “cracolândias”); e (d) do afastamento do trabalho por sofrimento psíquico. Ao fazer tal associação, o documento parece buscar a desvalorização e o descrédito de uma Política Nacional de Saúde Mental verdadeiramente antimanicomial, ao mesmo tempo em que suprime os demais cenários e políticas que, de fato, acirram as desigualdades já existentes no Brasil e influenciam no aumento das situações apontadas.

Para além da própria “nova” PNSM (Ministério da Saúde, 2017a), que carrega consigo ideários antigos; da PNAB 2017 (Ministério da Saúde, 2017b); da EC nº 95/2016 (conhecida como EC do Teto de Gastos), já abordadas, é preciso lembrar também da Lei nº 13.467/2017 (Brasil, 2017a), conhecida como Lei da Reforma Trabalhista, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e abre precedentes para negociações diretas entre trabalhadores e empresas, comprometendo direitos trabalhistas historicamente consolidados.

Essa lei também passou a permitir a terceirização irrestrita, colocando os trabalhadores em um panorama ainda mais incerto. Ora, se o conceito de saúde que defendemos é ampliado e considera fatores sociais, políticos e econômicos, o cenário instaurado a partir de 2017, e aprofundado nos anos seguintes, revela-se insalubre,

²⁰ A Nota Técnica nº 11/2019 utiliza o termo “moradores de rua”, já ultrapassado, bem como, ao se referir às pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas, fala de “dependência química”.

sobretudo para a classe trabalhadora. Delgado (2019) afirma que esse momento constitui a

pior crise da democracia brasileira, desde o golpe de 1964, e representa uma ruptura do pacto democrático e social celebrado com a Constituição de 1988. O neoliberalismo autoritário que tomou o poder do Estado tem sustentações sólidas nas forças armadas, nas corporações de mídia, em parte da opinião pública, em parte das organizações religiosas, no judiciário, no governo dos Estados Unidos, na inflexão conservadora que domina parte do planeta neste momento. Privatização do Estado, desmonte do projeto de bem-estar social, pauperização, concentração de renda, punitivismo, cerceamento de liberdades individuais, acirramento do ódio e da desigualdade, são componentes do contexto trágico que estamos vivendo. (Delgado, 2019, p. 4)

Do final de 2022 ao início de 2023, percebe-se uma retomada lenta das políticas de saúde alinhadas ao princípio constitucional que estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, procurando reverter os retrocessos da conjuntura anterior. Essa retomada se manifesta, por exemplo, na substituição da chamada “EC do Teto” (EC nº 95/2016) pela “EC da Transição” (EC nº 126/2022), na promulgação da Portaria nº 3.493/2024 (Ministério da Saúde, 2024c), que instituiu uma nova metodologia de cofinanciamento federal do piso da APS, e na revogação da Portaria nº 3.588/2017 (Ministério da Saúde, 2017a) por meio da Portaria nº 757/2023 (Ministério da Saúde, 2023a). Ainda assim, há um longo caminho a percorrer para reconstruir o que foi perdido e, sobretudo, para construir novos cenários.

Por nos inspirarmos em Delgado (2019), quando assevera que “a trincheira da resistência está nos serviços territoriais” (p. 4), e por acreditarmos na força dos agentes comunitários de saúde, delineamos os caminhos da presente pesquisa, que serão desenvolvidos no próximo capítulo.

2 CAMINHOS DA PESQUISA

“Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o Sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai: Me ajuda a olhar”

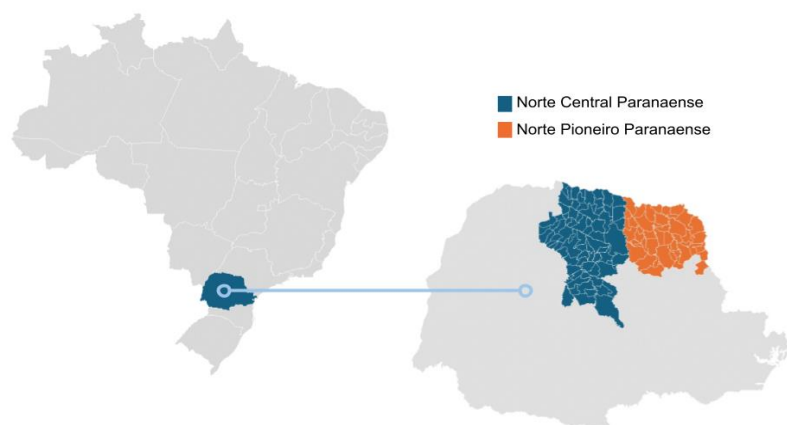
Eduardo Galeano (2015)

2.1 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um município de grande porte do norte central do Paraná (PR). De acordo com dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), o município contava, em 2022, com uma população de 409.657 habitantes.

Figura 7

Localização geográfica do estado do Paraná e do norte do Paraná



Nota. Elaborado pela autora (2025).

Segundo dados do E-Gestor Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2024b), o município estudado contava, em abril de 2024,²¹ com cobertura de Atenção Primária à Saúde para 87,93% da população. Em relação à quantidade de agentes comunitários de saúde, o dado mais recente disponível no E-Gestor é de 2020 (Ministério da Saúde, 2020a), quando o município contava com 297 agentes, cobrindo 40,31% da população. Isso indica que, naquele ano, a estimativa da população coberta pelos ACS era de 170.775 pessoas. Considerando uma divisão simples entre a população coberta e o número de ACS, cada agente era responsável, em média, por 575 pessoas.

²¹ Últimos dados disponíveis até o momento.

Nos termos da Portaria nº 3.088 (Ministério da Saúde, 2011a), a RAPS é constituída por componentes da Atenção Básica em Saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Cada nível de atenção ou estratégia é composto por serviços específicos. A Tabela 3 apresenta os serviços que integram cada nível da RAPS, conforme a referida portaria, assim como os serviços existentes no município estudado, organizados segundo esses mesmos níveis.

Tabela 3*Serviços que compõem a RAPS*

Serviços que compõem a RAPS de acordo com a Portaria 3.088/2011		
Nível de atenção	Serviços da RAPS	Serviços da RAPS no município
Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde.	35 UBS (com 99 equipes de ESF).
	Equipes de atenção básica para populações específicas: Equipe de Consultório na Rua; Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.	1 Equipe Consultório na Rua.
	Centros de Convivência.	—
Atenção psicossocial especializada	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades.	1 CAPS III. 1 CAPS para álcool e outras drogas. 1 CAPS Infantil. 1 CAPS II.
Atenção de urgência e emergência	Samu 192.	Samu 192.
	Sala de Estabilização.	—
	UPA 24h.	2 UPA: Zona Sul e Zona Norte.
	Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro.	Emergência Psiquiátrica Pública em hospital geral no Hospital Municipal, com 26 leitos. Pronto Atendimento da Criança Zona Norte.
	Unidades Básicas de Saúde.	35 UBS.
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Recolhimento.	—
	Serviços de Atenção em Regime Residencial.	—
Atenção hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral.	Emergência Psiquiátrica Pública em hospital geral no Hospital Municipal, contando com 26 leitos.
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	—
Estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial	Serviços Residenciais Terapêuticos.	2 Residências Terapêuticas masculinas. 1 Residência Terapêutica feminina.

Nota. Elaborada pela autora (2025).

2.2 População-alvo

Para manter o sigilo das informações, numeramos os ACS de acordo com a ordem de entrevista. Elas foram agendadas em ordem aleatória, conforme disponibilidade dos profissionais e serviços. Na Tabela 4, está indicado o tempo de trabalho de cada ACS entrevistado; um número de identificação da UBS, para que fosse possível verificar qual ACS tem mais ou menos tempo de trabalho naquele território; o sexo do ACS entrevistado; o tipo de vínculo empregatício do ACS; e sua carga horária de trabalho semanal.

Tabela 4

Informações sobre os agentes comunitários de saúde entrevistados

Informações sobre os agentes comunitários de saúde entrevistados					
UBS	Identificação	Sexo	Tempo de trabalho como ACS	Tipo de vínculo empregatício	Carga horária de trabalho (semanal)
UBS 01	ACS 01	Masculino	8 anos	Celetista	40h
	ACS 02	Feminino	23 anos	Celetista	40h
UBS 02	ACS 03	Feminino	3 anos	Celetista	40h
	ACS 04	Masculino	3 anos	Celetista	40h
UBS 03	ACS 05	Feminino	3 anos	Celetista	40h
	ACS 06	Feminino	8 anos	Celetista	40h
UBS 04	ACS 07	Feminino	23 anos	Celetista	40h
	ACS 08	Feminino	12 anos	Celetista	40h
UBS 05	ACS 09	Feminino	20 anos	Celetista	40h
	ACS 10	Feminino	5 anos	Celetista	40h
UBS 06	ACS 11	Feminino	23 anos	Celetista	40h
	ACS 12	Feminino	17 anos	Celetista	40h
UBS 07	ACS 13	Feminino	25 anos	Celetista	40h
	ACS 14	Feminino	6 anos	Celetista	40h

Nota. Elaborada pela autora (2025).

2.3 Procedimentos

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, na qual foram entrevistados 14 agentes comunitários de saúde vinculados a sete UBS do município. As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, com perguntas disparadoras e abertura para a inserção de novas questões conforme o desenvolvimento das respostas dos participantes (Apêndice B). Os critérios de participação nas entrevistas foram:

- (a) Tempo de trabalho: o desenho inicial da pesquisa previa a entrevista com dois agentes por UBS: um com maior tempo atuação no território e o outro com menor tempo;
- (b) Aceite em participar da pesquisa após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

No total, foram preestabelecidas seis perguntas para todos os participantes, além de uma sétima, direcionada exclusivamente aos ACS com maior tempo de trabalho (pergunta “G”, disponível no Apêndice B). Na primeira pergunta, foi usada uma música do Gonzaguinha²² como recurso disparador.

²² A escolha de Gonzaguinha (1945–1991) não foi aleatória. O cantor e compositor brasileiro tem, na maioria de suas músicas mais conhecidas, letras marcadas por protestos contra o regime militar. A canção escolhida foi escrita durante o período considerado mais “festivo” do artista, posterior à reabertura democrática no Brasil. É nesse mesmo período “festivo” que se insere a música “Vamos à Luta”, de 1980 (Ferreira, 2024).

Para compor o arcabouço teórico, foram analisados documentos oficiais (legislações, portarias, relatórios), documentos históricos (jornais com versões digitais, atas de reuniões da Liga Brasileira de Higiene Mental) e textos acadêmicos. Esses materiais possibilitaram uma incursão histórica sobre os profissionais e os programas de atenção domiciliar em saúde no Brasil, além de permitirem refletir sobre as concepções e contradições que permeiam a atuação do ACS na atualidade.

A Tabela 5 apresenta as etapas da pesquisa de campo.

Tabela 5*Etapas da pesquisa de campo*

Etapas da pesquisa de campo			
Etapas	Período de desenvolvimento	Descrição da atividade	Detalhamento da atividade
1ª	Janeiro/2023	Escolha das UBS.	A escolha se deu a partir de uma conversa com a Coordenação de Saúde Mental do município (comunicação pessoal, 11 de janeiro de 2023), com o único critério de serem UBS com grande demanda em saúde mental. Foram nomeadas sete UBS.
2ª	Fevereiro/2023	Permissão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).	Solicitação de permissão da pesquisa pela Gerência de Planejamento (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde do município em foco (Pesquisa aprovada pelo Ofício nº 097/2023/GPLAN/Saúde, do dia 03 de fevereiro de 2023).
	Maio/2023	Autorização do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP-UEM).	Aprovação pelo Parecer nº 6.063.237, de 16 de maio de 2023 (Anexo A).
	Junho/2023	Comunicação Interna da SMS.	Envio de Comunicação Interna/CI (nº 2023033993) da SMS aos coordenadores das UBS elencadas para a pesquisa. A partir desse documento, obtivemos liberação para entrar em contato com os serviços.
3ª	Julho/2023	Contato com UBS.	Coordenadores das UBS foram contatados via telefone e/ou e-mail a fim de agendar as entrevistas.
4ª	Julho/2023	Realização das entrevistas após aceite na participação da pesquisa e assinatura do TCLE (Apêndice A).	As entrevistas foram gravadas por aplicativo de celular de gravação de áudio e, após transcritas, o material de áudio foi destruído.
5ª	Julho a setembro/2023	Transcrição de áudios das entrevistas e organização dos eixos de análise.	—
6ª	Outubro/2023 a setembro/2024	Análise do material.	A análise do material das entrevistas teve como norte o objetivo da pesquisa e a literatura especializada.

Nota. Elaborada pela autora (2025).

2.3.1 Alteração no desenho inicial da pesquisa

Nas UBS 02 e 03 (Tabela 4), foi necessário ajustar o desenho inicial da pesquisa, pois não foi possível cumprir o critério de participação do ACS com maior tempo de atuação, pelas seguintes razões:

- (a) Na UBS 02, os ACS com mais tempo de serviço informaram que estavam ocupados com o cadastramento dos usuários e, por esse motivo, não poderiam participar. Assim, participaram da entrevista os dois ACS com menor tempo de trabalho na UBS (ACS 03 e 04, ambos com três anos de atuação);
- (b) Na UBS 03, o ACS com maior tempo de trabalho demonstrou resistência em participar e, após a leitura do TCLE e o esclarecimento de que a participação não era obrigatória, optou por não aderir à pesquisa. No entanto, um ACS com menor tempo de atuação prontamente se dispôs a participar (ACS 05, com três anos de trabalho como ACS).

2.3.2 Definição dos eixos de análise

Os eixos de análise preestabelecidos abordavam: (a) a compreensão do trabalho do ACS como agente na garantia de direitos e no fomento à participação política dos usuários (pergunta “A” do roteiro²³); (b) o conhecimento sobre a Política de Saúde Mental, o papel da APS e do ACS frente às demandas em Saúde Mental do território (perguntas “B”, “C”, e “D”); (c) a percepção dos trabalhadores sobre a especificidade de residir no território onde atuam (pergunta “E”); (d) os efeitos da pandemia de covid-19

²³ O roteiro completo pode ser encontrado no Apêndice B deste trabalho.

na realização das visitas domiciliares e outros impactos no trabalho (pergunta “F”); e (e) a percepção dos ACS com maior tempo de serviço sobre os efeitos das mudanças políticas, econômicas e legislativas no cotidiano de trabalho (pergunta “G”).

Após a realização e transcrição das entrevistas, foi possível observar que a relação dos trabalhadores com o próprio trabalho — como se reconhecem e são reconhecidos dentro das equipes — ganhou um grande destaque nas falas. Diante disso, os eixos foram reorganizados da seguinte maneira:

- (a) Tempo de trabalho dos ACS, por ter sido o único critério preestabelecido para a participação na pesquisa;
- (b) Formação dos ACS, compreendida como eixo perpendicular aos demais;
- (c) ACS como trabalhadores da saúde, abordando o cotidiano do trabalho desses profissionais e os impactos das alterações nas políticas de APS sobre o sentido do trabalho;
- (d) ACS na Política Nacional e Saúde Mental (PNSM), eixo em que se discute o objetivo central da pesquisa.

2.3.3 Metodologia de análise das entrevistas

Após a transcrição das entrevistas, fizemos várias etapas de leitura, pesquisamos semelhanças e divergências no material coletado e construímos quadros com os relatos semelhantes e que estavam em consonância com o objetivo da pesquisa. Após a construção desse quadro, fizemos mais uma etapa de leitura, momento em que foram reorganizados os eixos de análise, conforme descrito anteriormente.

3 TECENDO A REDE EM SAÚDE MENTAL

*A novidade veio dar à praia
Na qualidade rara de sereia
Metade o busto
D'uma deusa Maia
Metade um grande
Rabo de baleia...
A novidade era o máximo
Do paradoxo
Estendido na areia
Alguns a desejar
Seus beijos de deusa
Outros a desejar
Seu rabo prá ceia...*

Ribeiro, Vianna, Barone e Gil (1986)

Para preservar o sigilo das informações, os ACS foram identificados por números, conforme a ordem das entrevistas. Os encontros ocorreram de acordo com a disponibilidade dos profissionais e dos serviços. As UBS também foram codificadas, de modo a evitar sua identificação, mas permitindo reconhecer a vinculação de cada ACS ao respectivo serviço.

Participaram da pesquisa 14 ACS, distribuídos entre sete UBS do município. O tempo de atuação na função varia de três a 25 anos, com média de aproximadamente 14 anos de experiência, conforme apresentado na Tabela 4.

3.1 Tempo de atuação como ACS

Como já mencionado, a seleção dos participantes da pesquisa teve como único critério o tempo de atuação como ACS, sendo: o ACS com mais tempo de atuação e o com menos tempo de atuação. O objetivo desse critério era identificar se as percepções de trabalho e da participação do ACS nas políticas de saúde tinham divergências de acordo com o tempo de experiência profissional.

Percebemos que os ACS se dividem em duas posições: a nostalgia, daqueles mais antigos; e a falta de sentido, para aqueles que iniciaram há pouco tempo.

A nostalgia se manifestou quando os ACS relataram que “no começo” era melhor de trabalhar, pois as equipes estavam completas e havia maior contato com a população, chegando a afirmar que é como “ter sido rico e depois ficar pobre” (ACS 09). Essa nostalgia parece prendê-los a um passado onde havia possibilidades de ação, criando uma imagem de que atualmente não restam alternativas a não ser aceitar a precarização. Por outro lado, os ACS que ingressaram mais recentemente se reconheceram majoritariamente em tarefas burocráticas — como entregar bilhetes de agendamento de consultas, emitir o cartão SUS e preencher fichas —, em detrimento do reconhecimento do sentido mais amplo da função que ocupam, crucial para a consolidação do SUS.

Entre os ACS com menor tempo de trabalho, quatro dos nove entrevistados demonstraram dificuldade em refletir sobre o trabalho e sua função dentro da política de saúde. Eles têm em comum uma fala mais voltada às tarefas executadas do que a uma articulação entre o serviço executado e os princípios da política.

Podemos concluir que a maioria dos ACS entrevistados demonstrou compreensão dos princípios do SUS e da função que exercem. É possível observar isso na fala do ACS 04: “A ideia da Atenção Primária é ser sentinela, né? Para que não se desenvolva uma doença ou para que aquilo seja trabalhado ali, para que aquilo não avance, né? Para não agravar” (ACS 04, três anos como ACS).

Entre os ACS com mais tempo de trabalho — especialmente aqueles com 17 anos ou mais de atuação — foi recorrente a fala sobre as mudanças do perfil da ESF ao longo dos anos, tanto em relação ao vínculo com a população e às funções desempenhadas quanto à organização do serviço.

Antigamente, no início do PSF, eu tinha a minha microárea, então eu conhecia todos os meus pacientes. Hoje não, hoje eu tenho que cuidar da minha microárea e tenho que cuidar de mais duas microáreas que não têm agente comunitário, então eu não tenho mais aquele vínculo com os meus pacientes. Então, a gente sabia tudo. Se a gente tivesse aquele vínculo a gente sabia mais, tinha condições de ajudar mais as pessoas. Você sabia pela conversa. (ACS 02, 23 anos de trabalho)

Entendemos que a diferença relatada pelos agentes acerca de como era trabalhar na função há cerca de 17 anos e como estava no momento da entrevista (2023) relaciona-se, também, aos processos de precarização e ao desmonte gradual do SUS, especialmente a partir de 2016. É sabido que a construção e efetivação do sistema se deu, historicamente, em meio a disputas.

A política de saúde vem sendo alvo de pressões e retrocessos desde a sua efetivação, em 1990; contudo, mesmo com dificuldades e limitações, seguia em um movimento de consolidação dos princípios do SUS e de fortalecimento da APS (Lobato, 2024; Morosini, Fonseca & Lima, 2018).

Como abordado no capítulo 2, desde o ano de 2016 está em curso uma série de cortes e modificações de políticas públicas que intensificaram o desmonte das políticas de saúde e alteraram significativamente o perfil e o papel do ACS, os quais são percebidos pelos profissionais entrevistados e traduzidos por palavras como “sobrecarga”, “descaracterização” e “desvalorização”, termos que aparecerão ao longo das análises. Portanto, a diferença de percepção acerca do trabalho, observada durante as entrevistas, está alinhada às mudanças nas políticas nacionais de saúde e de saúde mental, as quais acarretaram transformação no cotidiano de trabalho dos agentes comunitários — aspectos que serão discutidos ao longo de toda a análise.

3.2 Formações dos ACS

Antes de iniciarmos a apresentação dos resultados da pesquisa sobre a formação dos agentes comunitários, é necessário retomarmos o histórico sobre formações e capacitações desses profissionais no âmbito do SUS.

Em 2004, foi instituída a Portaria nº 198 (Brasil, 2004b), que estabeleceu a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP). Essa política considera a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e define a PNEP como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, com financiamento federal, por meio do orçamento do próprio Ministério.

Em seu Anexo II, a PNEP (Brasil, 2004b) apresenta as diretrizes para sua operacionalização ao destacar que **“A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações de trabalho”** [destaque nosso] (Brasil, 2004b). A partir dessa proposta, os processos de capacitação dos trabalhadores devem partir das necessidades de saúde do território e almejar a transformação das “práticas profissionais e da própria organização do trabalho”,

ou seja, as formações devem ser estruturadas “a partir da problematização do processo de trabalho” (Brasil, 2004b).

A respeito das Linhas de Apoio aos Projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, destaca-se a clínica ampliada com ênfase em Saúde da Família, que previa, entre outras ações, cursos de qualificação profissional direcionados aos ACS, incluindo a implantação do Programa de Habilitação Técnica para os ACS. Entre os temas prioritários desses cursos, estava incluída a saúde mental.

Já em 2017, a Portaria de Consolidação nº 02/2017 (Brasil, 2017b) propôs alterações na PNEP. Essa normativa pontua a necessidade de que as formações estejam alinhadas ao compromisso ético-político da Reforma Sanitária Brasileira e estabelece que elas devem abordar “temas relevantes ao sistema de saúde”, embora não especifique quais seriam eles, como fazia a Portaria nº 198 (Brasil, 2004b). Nesse sentido, a normativa parece retomar o discurso ambíguo da PNAB 2017 (Ministério da Saúde, 2017b) ao não determinar a organização das temáticas. Destacamos que a Portaria de Consolidação nº 02/2017 (Brasil, 2017b) também prevê a qualificação e a formação dos agentes e a implantação de Programas de Habilitação Técnica voltados a esses profissionais.

Em 2019, o Ministério da Saúde, em parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), lançou o projeto “A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde (PlanificaSUS)”. O objetivo da iniciativa era implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) nas Regiões de Saúde dos 27 estados brasileiros, para fortalecer

o papel da APS e a organização da RAS no SUS (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein [SBIBAE] & Ministério da Saúde, 2019).²⁴

No Paraná, o PAS foi desenvolvido inicialmente nos municípios de Maringá e Toledo. Em 2019, já incorporado pelo Hospital Israelita Albert Einstein e intitulado PlanificaSUS, o programa foi implementado na 4ª Região de Saúde do Paraná²⁵ (Secretaria da Saúde do Paraná [SESA-PR], 2022).

A metodologia do PlanificaSUS inclui uma nota técnica que versa sobre a saúde mental e a organização da RAPS, com foco nos processos da APS e da Atenção Especializada, com o objetivo de:

Aumentar a detecção dos casos de transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas pelos profissionais da APS; Aprimorar a qualidade do cuidado de transtornos mentais e de uso de substâncias psicoativas ofertado na APS; Estruturar uma proposta de organização dos serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, de nível secundário, integrados com a APS; Estruturar o cuidado escalonado em saúde mental no SUS; Fortalecer a organização da RAPS, promovendo a articulação da APS com os serviços especializados em saúde mental, como ambulatorios, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) — I, II, III, IV Álcool e outras Drogas e Infantil —, emergências psiquiátricas e leitos de internação. (Ministério da Saúde & SBIBAE, 2021)

²⁴ Deve-se considerar que essa é uma modalidade oriunda de uma parceria público-privada, que escapa à gestão plena do Estado. Ainda que essa questão não seja debatida neste texto, cabe ressaltar tal parceria como mais uma ação alinhada ao ideário liberal.

²⁵ Inclui os municípios de Fernandes Pinheiro, Guamiranga, Imbituva, Inácio Martins, Irati, Mallet, Rebouças, Rio Azul e Teixeira Soares. Essa região está localizada na Macrorregião Leste do estado e possui uma população estimada em 160 mil habitantes (Secretaria de Saúde do Paraná (s.d.-c)

Apesar do histórico de normativas a respeito de educação permanente em saúde, a maioria dos agentes comunitários entrevistados não informou ter participado de formações com foco em saúde mental, tampouco de capacitações relacionadas ao trabalho dos ACS para além dessas demandas. A maior parte apontou as reuniões de equipe como um importante espaço de aprendizado, além de mencionarem as instruções repassadas por colegas com mais tempo na função.

Quatro capacitações sobre saúde mental foram mencionadas pelos entrevistados: (a) uma intitulada “Caminhos do Cuidado”, voltada à abordagem de pessoas em uso de álcool e outras drogas; (b) uma sobre sexualidade na terceira idade; (c) uma sobre o filme *Uma Mente Brilhante* e diagnóstico de esquizofrenia; e (d) uma sobre suicídio. As capacitações sobre sexualidade na terceira idade e esquizofrenia foram citadas pelo mesmo profissional (ACS 09, 20 anos na função), enquanto as outras duas foram mencionadas por agentes diferentes. Os três ACS pontuaram que as formações foram muito boas e que contribuíram significativamente para a prática no dia a dia. Além disso, o ACS 11 (23 anos de atuação) relatou que ele e suas colegas de equipe finalizaram recentemente um curso de Técnico em Enfermagem.

A partir do relato anterior, podemos perceber que as formações citadas não estão articuladas em nível federal, estadual ou municipal com base em uma política nacional estruturada. Trata-se, portanto, de capacitações pontuais. Tampouco foi relatada a existência de um “curso introdutório” que permitiria ao ACS se apropriar, ainda que minimamente, do cotidiano e do sentido de seu trabalho no SUS.

O ACS 09, com 20 anos de atuação, relatou ter concluído recentemente o curso Técnico para Agente Comunitário de Saúde, mas afirmou que, após tantos anos de experiência, a formação não trouxe novos aprendizados: “Não é que sou *sabidona*, mas é um cursinho bem básico; tudo que ele mostrou eu já faço” (ACS 09, 20 anos como ACS).

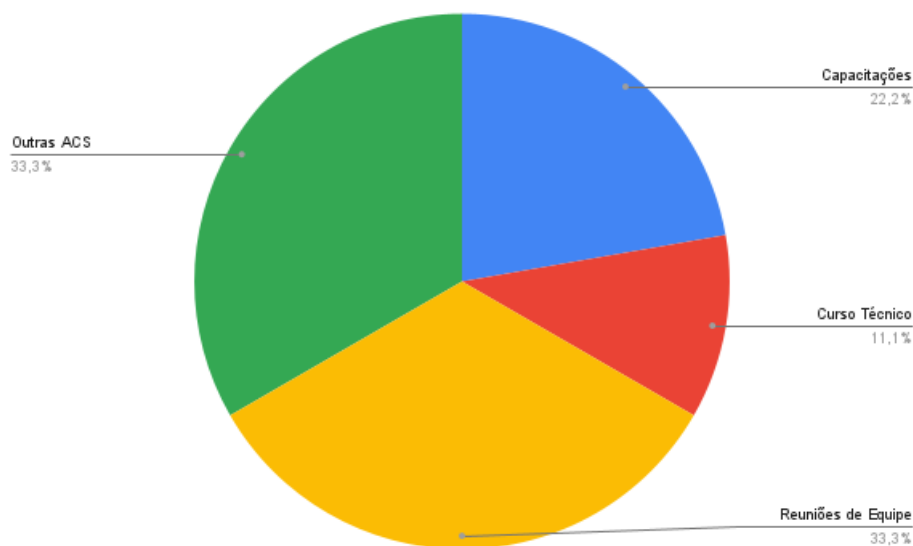
O curso a que o ACS 09 se referiu é promovido pelo programa “Mais Saúde com Agente” — já citado na introdução deste trabalho —, ofertado na modalidade à distância. Morosini, Fonseca e Meyer (2025) expressam preocupação quanto a essa modalidade de ensino e defendem que o ensino profissionalizante em saúde deve ocorrer de forma presencial, para não incorrer em uma perda das particularidades regionais, tão importantes para o cuidado em território. As autoras também destacam que a

formação técnica das ACS precisa ser compromisso permanente da política pública. Trata-se do reconhecimento de um direito das trabalhadoras e de uma necessidade do SUS que busca sanar uma dívida histórica do Estado com uma categoria que ele próprio instituiu. (Morosini, Fonseca e Meyer, 2025, seção “ACS em movimento . . .”)

A figura a seguir mostra a relevância das reuniões de equipe e das trocas com outros ACS para o aprendizado no trabalho, segundo os agentes entrevistados.

Figura 8

Momentos de capacitação, formação ou orientações, de acordo com os entrevistados



Nota. Tanto as capacitações quanto os cursos técnicos (de Enfermagem e de Agente Comunitário de Saúde) foram agrupados em suas respectivas categorias para facilitar a visualização dos diferentes momentos de aprendizagem. Elaborada pela autora com base nos dados relatados pelos entrevistados (2025).

Sobre a formação e a capacitação dos profissionais, a PNAB (Ministério da Saúde, 2017b) estabeleceu como atribuição de todos os profissionais da APS a participação nas reuniões de equipe; a articulação e participação em atividades de educação permanente e educação continuada; e a realização de “trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração” (Ministério da Saúde, 2017b).

Observa-se que mais de 60% dos ACS entrevistados apontaram que os principais momentos de aprendizado ocorrem no âmbito da equipe, especialmente nas reuniões ou por meio de trocas com outros agentes. Ressaltaram que as reuniões de equipe são muito importantes para a aprendizagem, principalmente em relação aos casos de saúde mental. Nesse aspecto, destacaram a atuação de profissionais da Psicologia e da Enfermagem como fundamentais na transmissão de conhecimentos.

Uma problemática que se impõe nesse processo de aprendizado compartilhado com outros profissionais da equipe diz respeito à ausência de garantia quanto ao modelo de compreensão em saúde que está sendo transmitido. Por exemplo, não é possível saber se tais profissionais fundamentam suas orientações em uma perspectiva manicomial ou na lógica da atenção psicossocial e redução de danos ao lidarem com situações relacionadas à saúde mental. Igualmente, não há como garantir que os conceitos de saúde repassados estejam alinhados aos princípios do SUS e aos pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira.

Fonseca, Morosini e Mendonça (2013) discorrem sobre a importância da formação dos ACS ao pontuar que esses profissionais têm, na educação em saúde, o principal aspecto do seu trabalho, podendo atuar como importantes educadores sociais e promotores de mudanças, desde que recebam uma formação adequada.

Sem essa qualificação, que encontra atualmente na formação em nível técnico sua expressão mais apropriada, o ACS fica mais vulnerável a assumir a reprodução de fragmentos do conhecimento instituído no âmbito das profissões em saúde de forma instrumental. Uma possível repercussão desse processo é a incorporação acrítica de práticas educativas de cunho autoritário e meramente medicalizadoras como estruturantes de sua atuação (Fonseca, Morosini & Mendonça, 2013, p. 548).

Como vimos, a Estratégia Saúde da Família tem como um de seus objetivos a superação da compreensão da saúde fundamentada exclusivamente no adoecimento físico e biológico, propondo uma abordagem baseada na promoção da saúde. Tesser et al. (2010) pontuam que apesar de, em certa medida, terem sido geradas tensões entre o modelo tradicional de atenção à saúde e perspectivas mais amplas, não houve uma reorganização suficiente na formação de médicos e enfermeiros que favorecesse a consolidação da promoção da saúde. Ou seja, não houve “recomendações sobre como lidar com a demanda espontânea que recorre aos serviços de atenção básica ou como atender aos imprevistos tão frequentes e inevitáveis no cuidado à saúde” (Tesser et al., 2010, p. 3616).

Ao abordarmos a formação dos ACS no âmbito da saúde mental, não podemos nos furtar em retomar o grande retrocesso vivido pela Política Nacional de Saúde Mental, especialmente a partir de 2016, quando se observou uma retomada significativa do ideário manicomial. Conforme discutido anteriormente, a Portaria nº 3.588 (Ministério da Saúde, 2017a) retirou o caráter de serviço *substitutivo* do CAPS, induzindo à compreensão de que o CAPS e o hospital psiquiátrico (incluído na RAPS naquele momento) seriam apenas serviços de níveis distintos de atenção, apagando a diferença filosófica e política que os distingue, uma vez que representam concepções radicalmente distintas sobre o sofrimento psíquico e sobre a própria pessoa em sofrimento.

O aspecto da formação dos ACS no trabalho com pessoas em sofrimento psíquico será retomado no item 3.4 do presente capítulo.

3.3 ACS: trabalhadores da saúde

O conjunto de mudanças que impactou as políticas de saúde a partir de 2016 afetou diretamente o trabalho e o perfil do agente comunitário de saúde enquanto trabalhador da saúde pública (Morosini & Fonseca, 2018; Fonseca, Morosini & Mendonça, 2013; Fonseca & Mendonça, 2015).

Lembremos que a PNAB 2017 (Ministério da Saúde, 2017b) promoveu a flexibilização dos parâmetros de cobertura e deixou de estabelecer um número mínimo de ACS por equipe de Saúde da Família, abrindo espaço para a existência de equipes de APS sem a presença desse profissional. Somado a isso, a CaSAPS (Ministério da Saúde, 2020b) reconfigurou a organização dos serviços da AB, instituindo um modelo de cuidado com “predomínio de ações práticas clínicas, de caráter individual e assistencial com ênfase em patologias e procedimentos” (Morosini, Fonseca & Baptista, 2020). Segundo os mesmos autores, a CaSAPS (Ministério da Saúde, 2020b) também desconsiderou a participação popular na formulação das políticas de saúde, retirando dos ACS seu papel histórico de articulação entre o Estado e a população.

Essa série de retrocessos é agravada pela lógica de financiamento atrelada ao desempenho, implementada pelo programa Previne Brasil (Ministério da Saúde, 2019a), que valoriza o enfoque clínico em detrimento dos princípios de vínculo, promoção da saúde e cuidado longitudinal, tão caros à AB.

Tais documentos reverberam na descaracterização do trabalho dos ACS. Essa percepção foi expressa nos relatos dos entrevistados, que apontaram a execução de tarefas consideradas incompatíveis com suas atribuições, o que reduz o tempo destinado a “estar na rua”, fazendo as visitas domiciliares — atividade apontada como a principal função do seu trabalho.

Considerando que a universalidade, a equidade e a integralidade são princípios fundamentais do SUS (Brasil, 1990) e que a saúde é um direito de todos, os serviços de saúde precisam alcançar a população. É necessário ir até ela para que, além da prevenção, haja promoção em saúde, um dos princípios da APS.

A gente ia até a comunidade, entendeu? A gente ia fazer campanha de preventivos noturnos, a gente ia lá na comunidade. A gente ficava lá numa escola, lá embaixo, fazendo. A escola cedia o espaço, né? Entendeu a diferença? E hoje não, hoje a gente, a comunidade tem que vir até aqui (ACS 09, 20 anos como ACS).

O fato narrado por esse ACS — de que precisaram deixar de ir até a comunidade, para que lógica se invertesse e a comunidade passasse a ir à UBS — fere tanto o princípio da promoção da saúde como o dos cuidados primários de saúde, os quais

representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS & UNICEF, 1978, pp. 1–2)

Os agentes entrevistados relataram que passaram a assumir mais funções dentro da UBS, como “plantões”²⁶ para fazer o cartão SUS e para “zerar a fila de consulta das especialidades.”²⁷ Tal percepção é corroborada por Fonseca e Morosini (2018), que mostram que uma parcela significativa das atividades dos ACS tem sido reduzida a tarefas

²⁶ Cada ACS precisa cumprir um turno semanal dentro da sala dos ACS, em horários previamente definidos pela equipe, para atender usuários que necessitam fazer o cartão SUS.

²⁷ Os ACS relataram que, anteriormente, o agendamento de consultas e exames de especialidades era de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). No entanto, essa atribuição foi repassada para as UBS. Assim, os ACS recebem listas com os nomes das pessoas que estão aguardando exames e/ou consultas e passam a ser responsáveis por contatá-las para confirmar se ainda têm interesse na realização do procedimento.

de apoio e caráter burocrático. É relevante destacar que o informe acerca de datas e horários de consultas, bem como a participação no processo de regulação da APS, são atividades contempladas no rol de atividades do ACS (Ministério da Saúde, 2017c). A problemática se instala a partir do momento em que se constituem como as principais atividades realizadas ou quando as VD se resumem a esses informes,²⁸ deixando de lado a promoção e a educação em saúde, bem como a vinculação com a comunidade.

Durante as entrevistas, foi possível perceber que os ACS reconhecem a importância de seu trabalho para a população, especialmente na melhoria da saúde. No entanto, relataram que a atividade principal dos agentes (a visita domiciliar) tem sido relegada a segundo plano devido ao acúmulo de outras tarefas: “Assim, nos endereços dos pacientes fica parado, a gente perde o contato com o paciente. Daí o ACS é o principal, é aquele que acompanha na casa, quer dizer, a gente vai quando precisa mesmo” (ACS 01, 8 anos como ACS). Esse relato evidencia que as visitas domiciliares deixaram de ser rotineiras para se tornar esporádicas, conforme a necessidade.

É preciso retomar que a VD é o principal instrumento de trabalho dos ACS e, por isso, deveria ser priorizada entre as atribuições da categoria, de modo a garantir que sejam frequentes e que, de fato, sejam uma “ponte” entre usuário e serviço. Os trabalhadores entrevistados falam que a exigência de metas diárias de visitas atrapalha a criação e a manutenção do vínculo com a comunidade. Segundo eles, a preocupação anterior era com a qualidade das visitas, mas agora é com a quantidade, ou seja, o tempo de cada visita domiciliar precisa ser menor.

²⁸ As VD de entrega, mencionadas na p. 114.

De acordo com Morosini, Fonseca e Baptista (2020), a CaSAPS (Ministério da Saúde, 2020b) restringiu as VD a usuários com mobilidade reduzida, como recém-nascidos e pessoas acamadas. Associada ao modelo de pagamento por desempenho (Ministério da Saúde, 2019a), essa restrição tem contribuído para o esvaziamento da visita domiciliar enquanto prática de mobilização social, de promoção do acesso aos serviços de saúde e do fortalecimento do vínculo entre a população e o serviço de saúde. Com isso, a VD perde sua dimensão de “interação subjetiva” (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020, p. 14), fundamental para o reconhecimento de riscos e vulnerabilidades do território, tornando-se “breves, simplificadas, com predomínio de ações quantificáveis” (Morosini, Fonseca, 2018, p. 264).

É necessário lembrar que todas as discussões que precederam a criação do SUS apontaram a saúde como um processo que envolve vários determinantes para além da ausência de doenças. A participação da comunidade na construção e fiscalização das políticas de saúde é fundamental para o SUS. Como relatado por um dos entrevistados: “E a gente tem que chegar no paciente e falar, ajudá-lo a ver quais são as exigências dele como cidadão, como usuário de uma UBS” (ACS 06, 8 anos como ACS). Já outro diz: “Procurando ver o que eles precisam, o acolhimento, tratando bem, né? Você tem que tratar bem as pessoas porque elas não vêm aqui para passear. Elas vêm aqui em busca de alguma coisa, principalmente saúde, né?” (ACS 12, 17 anos como ACS).

Arouca (1987) faz questão de, no início de sua fala na 8ª CNS, destacar a presença da sociedade civil e, além disso, valorizar a experiência dessas pessoas na construção de outras formas de saúde, diferentes daquelas que tinham até o momento.

Porque o problema aqui não é o de buscar um modelo de saúde que seja adequado à nossa cultura de brasileiros, tirado do bolso de uma hora para a outra, mas sim o de se buscar um sistema de saúde cuja experiência tenha sido gerada nas vivências do trabalho comunitário de bairros, nas práticas dos sindicatos, da Igreja, das secretarias de saúde estaduais e municipais, que tanta coisa tem enfrentado no sentido de transformar esse sistema, baseados no conhecimento, inclusive, das pessoas que, por assumirem mais a convivência com esse sistema perverso, foram para algum lugar do país e começaram uma experiência concreta, na tentativa de modificá-lo. (Arouca, 1987, p. 39)

Em relação à descaracterização do trabalho, os ACS também destacaram a necessidade de preenchimento de cadastros e prontuários no sistema da Prefeitura, tarefa que consome um tempo significativo e afasta os profissionais das atividades “na rua”. Os agentes afirmaram que o preenchimento manual era possível de ser feito durante a VD, o que deixava o trabalho mais dinâmico.

Em relação ao preenchimento nos sistemas, os ACS relataram dificuldades recorrentes, como lentidão, número insuficiente de computadores disponíveis para uso, travamentos que resultam na perda de dados já inseridos e, conseqüentemente, acúmulo de registros e retrabalho. Situação semelhante foi identificada por Fonseca e Morosini (2015) em pesquisa com agentes comunitários de saúde de uma Clínica da Família no Rio de Janeiro, na qual o registro das atividades no computador foi apontado como o elemento mais complexo do trabalho, uma vez que existem poucos equipamentos em relação à quantidade de funcionários, além de o sistema não funcionar corretamente em diversas situações. À medida que as metas passam a ser quantificadas, o trabalho efetivamente realizado tende a ser reduzido àquilo que é registrado nos sistemas de informação (Fonseca & Mendonça, 2015, p. 48).

Às vezes a gente vai adiando porque todo mundo quer usar os computadores. Além do trabalho na rua que nós temos que colocar ali [no sistema], chegam pessoas para fazer o cartão SUS. E antes não, antes a gente não tinha esses problemas, sabe? (ACS 12, 17 anos como ACS)

Em função da dificuldade em realizar visitas periódicas, os agentes relataram que, atualmente, estão “apagando fogo” (ACS 01, 8 anos como ACS) e não conseguem exercer seu papel de ser ponte entre os usuários e o serviço. Apontaram, ainda, que em vez de os ACS levarem demandas para a UBS, são os médicos que têm repassado demandas para eles: “Você não faz mais visita periódica, a gente só fica levando recado, a gente virou carteiro” (ACS 02, 23 anos como ACS). A expressão “ter virado carteiro” foi utilizada para descrever a tarefa de “entregar bilhetes” com datas de consultas, agendamentos de exames ou até mesmo entrega de medicações nos domicílios. Fonseca e Mendonça (2015) nomeiam essa atividade como “VD de entrega”: situações em que há pouco espaço para contato com o usuário e os ACS não entram na casa da pessoa, assim como os carteiros.

Outro fator intimamente relacionado à descaracterização do trabalho é a sobrecarga. Além de precisarem cumprir outras funções, com a equipe reduzida o trabalho diário dos agentes é prejudicado. Os ACS 01, 06 e 09 (8, 8 e 20 anos como ACS, respectivamente) relataram que, atualmente, suas equipes contam com apenas dois ACS, sendo que cada um atende cerca de 4 mil pessoas. Quando uma das agentes está de férias, a outra precisa “cobrir” a área descoberta, o que significa ser responsável por 8 mil pessoas. Informaram, ainda, que a SMS está estudando a possibilidade ampliar a área de responsabilidade de cada agente. Essa situação evidencia as consequências da PNAB 2017 (Ministério da Saúde, 2017b), que flexibilizou tanto o número de ACS por equipe quanto a quantidade de pessoas atribuídas a cada agente. Nesse cenário, acreditamos que, para além de executarem tarefas que não condizem com suas atribuições, os ACS

enfrentam uma sobrecarga significativa em função da quantidade de pessoas que devem acompanhar.

Outra dimensão da sobrecarga refere-se ao fato de residirem na própria comunidade em que atuam, o que, muitas vezes, resulta na diluição dos limites entre o tempo de trabalho e a vida pessoal. Essa proximidade intensifica a disponibilidade esperada do profissional tanto em relação à carga horária quanto aos espaços onde o trabalho é realizado, como apontam Morosini e Fonseca (2018) e Fonseca e Mendonça (2015). Segundo um dos agentes, “ultimamente o pessoal abusa mesmo. Chega domingo e [as pessoas estão] passando mensagem, perguntando uma coisa, perguntando outra. Isso aí é complicado porque daí você perde também a privacidade, né?” (ACS 01, 8 anos como ACS).

Então, menina, eu virei a moça do postinho [risos]. A gente tem que limitar porque, se não, tem gente às 6h da manhã de domingo te mandando mensagem. Então a gente é orientada a não passar, né? [o número do telefone]. Mas assim, tem que dar uma limitada porque o povo não tem muita noção. (ACS 05, 3 anos como ACS)

Chegam na tua casa 10 horas da noite, batendo no teu portão, sabe, eles esquecem que você é profissional até as 5, né? Mas eles vêm lá na porta, cansou de ir gente lá na porta. (ACS 09, 20 anos como ACS)

Em relação à desvalorização, os entrevistados relataram que se sentiam diminuídos em relação aos demais membros da equipe e justificaram tal fato por não terem ensino superior. O ACS 01 (8 anos de profissão) diz que “se a equipe fosse dinheiro, o ACS seria o troco”.

Bastante desrespeito aqui, parece que por nós sermos ACS, parece que o ACS desde o começo foi tratado como menos categoria, parece mais baixo. Eles acham que é assim. Se o ACS fala uma coisa pertinente, ninguém escuta; agora, se o médico fala uma coisa, até assim, vamos dizer, burra, todo mundo bate palma”. (ACS 02, 23 anos como ACS)

Outro aspecto da desvalorização do trabalho do ACS está relacionado ao poder aquisitivo da área atendida. O ACS 09 e o ACS 10 (20 e 5 anos de experiência, respectivamente) apontaram que, na área em que atuam, há uma parcela da população que é “elitizada” e que, por isso, não há uma boa recepção ao serviço deles: “Quando é uma área mais elitizada as pessoas não querem saber da gente, é difícil. Batem a porta na nossa cara, atendem a gente pelo interfone” (ACS 09, 20 anos como ACS).

Acerca da valorização do trabalho e da compreensão do papel do ACS dentro do SUS, todos os entrevistados percebem o agente comunitário de saúde como primordial dentro da política. É frequente a utilização do termo “ponte” quando estão se referindo ao trabalho que executam. Essa “ponte” é compreendida como a articulação entre o usuário e a UBS, e também com outros serviços da rede de atenção em saúde e/ou da assistência social. Segundo as falas de dois agentes, “A gente que é agente de saúde precisa ter esse olhar, porque a gente faz essa ponte e muitas vezes essa pessoa não sabe nem para onde ela vai, nem a que recursos ela pode recorrer” (ACS 04, 3 anos como ACS) e “A gente conversa também, não conversa só a respeito de doença. Conversa de tudo, né? Da vida deles, entendeu?” (ACS 07, 23 anos como ACS).

Por meio desses relatos, podemos perceber dois conceitos fundamentais da promoção da saúde que estão presentes na *Carta de Ottawa* (OMS, 1986). O primeiro se refere à capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida. Ao orientar os usuários a procurarem os recursos de que estão precisando, seja na saúde, na

assistência social ou na própria comunidade, o agente comunitário está atuando na capacitação da população. O segundo conceito, que é trabalhado não só na *Carta de Ottawa*, mas também na *Declaração de Alma-Ata* (OMS & UNICEF, 1978) e na 8ª CNS (Ministério da Saúde, 1987), é de que a saúde não é só ausência de doença, mas sim a forma como está o cotidiano daquelas pessoas, suas relações, seus acessos aos direitos fundamentais, à comida no prato, ao saneamento, ao lazer, entre outros.

Ainda sobre promoção da saúde, retomamos que uma das atribuições dos agentes comunitários é “identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros” (Ministério da Saúde, 2017b). Mesmo sem mencionar diretamente aspectos políticos, o ACS 11 (23 anos de atuação) compartilhou uma experiência relevante nesse contexto: a organização de um grupo em parceria com a Central de Abastecimento (CEASA).

Com essa iniciativa, mais de 150 famílias recebiam frutas, verduras e legumes regularmente. O grupo funcionou por cerca de 13 anos sob os cuidados desse agente, mas com o aumento das demandas na UBS, ele precisou repassar a organização do projeto para a Pastoral do bairro. Sob essa nova coordenação, o grupo permaneceu ativo por mais seis anos.

A grandeza desse grupo promovido pelo ACS 11 pode ser percebida quando retornamos à História. O Brasil é um país de acirradas desigualdades econômicas. Enquanto uns “admiram o busto de uma deusa maia”, outros querem “o seu rabo pra ceia”²⁹ (Ribeiro, Vianna, Barone & Gil, 1986).

²⁹ Citação da música “A novidade”, que abre o presente capítulo. Aqui, ela é utilizada para representar as desigualdades socioeconômicas: enquanto uma parcela da população pode “admirar o busto de uma deusa maia”, outra, significativamente maior, não tem sequer a possibilidade de admirar a

Em 2003, o então presidente Lula criou o programa “Fome Zero”, junto ao Programa Cartão Alimentação e o Programa de Aquisição de Alimentos, além de instituir o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Em 2004, também foi criado o Programa Bolsa Família (Brasil, 2004a).

Com o crescimento e o desenvolvimento desses programas, em 2014 o Brasil saiu do Mapa da Fome (Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2023). Porém, com o desmonte das políticas públicas iniciado com o golpe de 2016, que resultou na retirada da então presidenta da República Dilma Rousseff de seu cargo, os índices se agravaram, levando o Brasil a retornar ao Mapa da Fome no triênio 2019–2021, mantendo-se nele também no triênio 2020–2022. O mesmo relatório mostra que, em 2023, o país apresentou uma redução de 85% na insegurança alimentar severa (Secretaria da Comunicação Social, 2024). Ou seja, é bastante significativo o fato de o ACS 11 (23 anos como ACS) ter coordenado, por 19 anos, um grupo que fornecia alimentos de qualidade para 150 famílias.

Além disso, é importante lembrar que a rede e o território não são compostos somente de serviços de saúde, mas também de outras instituições e organizações da própria comunidade.

“novidade” (na música, representada por uma sereia), pois está com fome e precisa se alimentar — por isso querem “seu rabo pra ceia”.

O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a autoajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, bem como adequado apoio financeiro. (OMS, 1986, p. 3)

Ao relatarem experiências exitosas para a comunidade e perceberem que, ao longo do tempo, seu trabalho contribuiu para a melhoria da qualidade de vida da população, os ACS afirmaram sentir muita satisfação e alegria em exercer suas funções.

A questão da descontinuidade apareceu nos discursos dos agentes tanto em relação às gestões da Prefeitura e das UBS quanto no interior da equipe. O ACS 07 (23 anos de atuação) contou que os primeiros dez anos de trabalho (aproximadamente entre 2000 e 2010) foram marcados por uma maior realização devido à equipe estar completa. O ACS 09 (20 anos de profissão) destacou que os médicos da equipe normalmente são contratados por tempo determinado e, ao fim do contrato, a permanência do profissional passa a depender de sua decisão de renovar ou não. Por isso, “a esperança tem data” (ACS 09). Ela ainda ressaltou que a alta rotatividade dos médicos interfere negativamente no vínculo com os usuários, que frequentemente questionam a troca de profissionais, principalmente quando já haviam estabelecido um bom vínculo de confiança com o profissional.

Ah, no vínculo atrapalha bastante, porque [os pacientes] falam: “Ah, mudou de novo? Outro?” Porque você pega confiança no médico, né? Então assim, porque o PSF é isso. A origem do PSF é essa: é criar vínculo com a população. Saúde e população com vínculo. (ACS 09, 20 anos como ACS)

Ainda sobre a equipe, foi apontado que os ACS já estão acostumados com profissionais que “vem e vão”. O ACS 10 (5 anos na profissão) contou que, no momento, sua equipe está sem enfermeira, o que desorganiza o trabalho.

Às vezes a gente vai saber de uma visita domiciliar no dia da visita porque não tem uma enfermeira para chegar e tal, para programar, para fazer reunião de equipe. Então a gente fica bem assim a deus-dará na nossa equipe. (ACS 10, 5 anos como ACS)

A percepção de que a equipe fica “a deus-dará” quando não há enfermeiros se justifica pelo papel crucial desses profissionais na equipe, uma vez que são responsáveis por supervisionar, planejar e gerenciar tanto as ações dos técnicos/auxiliares de enfermagem, dos ACS e dos ACE, quanto as rotinas e fluxos de sua área na UBS.³⁰

Acerca das mudanças de gestão, os agentes comunitários apontaram que, a cada mudança de prefeito, mudam também a Secretaria de Saúde e as Diretorias, o que os impacta diretamente, uma vez que se alteram as dinâmicas de trabalho e a forma como cada gestor organiza os serviços. “Então, quando a gente pensa que vai fazer uma coisa, eles já mudam tudo aquilo lá, aquele histórico da gente que já está feitinho para fazer” (ACS 02, 23 anos como ACS).

³⁰ De acordo com a PNAB, são atividades do enfermeiro na Atenção Básica: “I – Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida; II – Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; III – Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos; IV – Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; V – Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local; VI – Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; VII – Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS; VIII – Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e IX – Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação”. (Ministério da Saúde, 2017b)

Ao falarmos sobre descontinuidades, para além das mudanças na gestão municipal é necessário considerarmos as já mencionadas alterações nas políticas de Atenção Primária à Saúde em nível federal. Ainda que essas mudanças não tenham sido diretamente mencionadas pelos entrevistados, suas consequências são percebidas no cotidiano de trabalho, especialmente para os com mais de 10 anos de atuação (cerca de sete agentes, com média de 20,5 anos de experiência).

Entre as mudanças, destacamos a flexibilização da quantidade mínima de ACS por equipe e a falta de regulamentação do número máximo de pessoas atendidas por cada agente, promovidas pela PNAB 2017 (Ministério da Saúde, 2017b). Soma-se a isso a prioridade de ações clínicas individuais, em detrimento da atuação de base territorial e do cuidado ampliado, conforme estabelecido nessa PNAB (Ministério da Saúde, 2017b) e aprofundado pela CaSAPS (Ministério da Saúde, 2019a) e pelo Previn Brasil (Ministério da Saúde, 2020b). Essas alterações acarretaram mudanças no escopo da atuação dos ACS, que deixaram de ser reconhecidos como articuladores entre as políticas públicas e a população, perdendo força enquanto figuras promotoras da participação social e da transformação do território (Morosini, Fonseca & Baptista 2020; Fonseca & Mendonça, 2015). Dessa forma,

verifica-se uma transição do sentido do trabalho do ACS. Anteriormente, identificava-se uma finalidade própria, centrada na educação em saúde, e um papel de articulação com as ações desenvolvidas pelos serviços. Hoje, este trabalho tende a se caracterizar como uma atividade meio, instrumentalizada e utilitarista, mais comprometida com objetivos imediatistas do que estruturantes de um novo modelo de atenção. (Morosini & Fonseca, 2018, p. 267)

3.3.1 Impactos da pandemia de covid-19

A pandemia de covid-19 teve início no Brasil em meados de fevereiro de 2020, em um contexto já marcado por medidas que aprofundavam o desmonte, o desfinanciamento e a fragilização da Atenção Primária à Saúde, além de impactarem o trabalho dos agentes comunitários de saúde. É necessário lembrar que já estavam em vigor as diretrizes estabelecidas pela PNAB 2017 (Ministério da Saúde, 2017b), pela EC do Teto de Gastos (Presidência da República, 2016) e pelo Programa Previnir Brasil (Ministério da Saúde, 2020b). Também já haviam sido iniciadas as vigências da CaSAPS (Ministério da Saúde, 2020b) e da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) (Brasil, 2019), compondo um cenário de profunda reconfiguração da APS no país.

Entre os entrevistados, quatro ficaram afastados por idade (acima de 60 anos) e um por comorbidade por um período de dois anos desde o início da pandemia.

Os impactos mais mencionados pelos ACS foram: dificuldade em realizar as tarefas habituais, uma vez que não podiam fazer as visitas domiciliares, e o trabalho concentrou-se dentro da UBS; a redução da carga horária durante a maior parte do período pandêmico (de 8h para 6h diárias); a rápida mudança de informações advindas tanto das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde; e a desconfiança dos usuários em relação às vacinas. Destaca-se que a falta de articulação entre entes federativos na coordenação das ações de enfrentamento à covid-19 também apareceu como uma problemática em outras pesquisas (Rosário et al., 2024; Souto et al., 2024).

Os profissionais relataram ter atuado principalmente na organização do fluxo e da fila para as vacinas contra covid-19, em função da alta demanda. A esse respeito, o ACS 09 (20 anos de profissão) relatou ter se sentido desvalorizado por uma das diretoras, que afirmou que eles não trabalharam durante a pandemia por não terem saído para as visitas domiciliares.

E como a gente não lidava diretamente com público, assim como os outros profissionais, eu acho assim, que até a gente foi meio desvalorizado, sabe, na pandemia. Chegou uma diretora aqui e falou assim. Isso me chateou de uma maneira, assim, sabe? Me causou uma tristeza muito profunda. Ela chegou e falou assim: “Nossa, vocês estão todas descansadas, então dá para gente dar uma boa continuidade no trabalho”. Perguntei: “Por que a gente tá descansado?” [E ela respondeu]: “Porque vocês não estavam trabalhando na pandemia.” E questionei: “Quem foi que te falou que a gente não trabalhou na pandemia? Quem te falou te mentiu”. Eu falei assim: “A gente ajudar a vacinar 500 doses de vacina em 6 horas não é trabalhar?” O dia em que liberou a vacina para os jovens, esse posto virou uma loucura. (ACS 09, 20 anos como ACS)

Uma questão comum entre os entrevistados foi a dificuldade em reorganizar a UBS após os períodos mais críticos da pandemia, marcados pelo do afastamento de parte da equipe. Rosário et al. (2024) apontam que a escassez de trabalhadores e a precarização das condições de trabalho, as quais já eram observadas anteriormente nas UBS, agravaram-se durante a pandemia em função do afastamento dos profissionais (por adoecimento ou por fazerem parte dos grupos de risco) e da grande demanda relacionada à vacinação.

Os efeitos da pandemia extrapolaram os aspectos sanitários e operacionais. Souto et al. (2024) observam que o medo se tornou elemento central na forma como a pandemia foi conduzida, especialmente pelo Governo Federal. Segundo os autores, esse afeto foi intensificado pelo modo como as plataformas digitais foram utilizadas como principal meio de comunicação entre Governo e população — frequentemente de forma confusa, contraditória e alarmista. O ACS 02 (23 anos de trabalho) também apontou que a pandemia fez com que as pessoas tivessem mais medo de sair de casa, o que impactou na ida delas às UBS e, principalmente, na possibilidade de retomada dos grupos organizados nesses espaços. Assim, os efeitos da pandemia ainda persistem no cotidiano da APS, afetando não apenas sua estrutura como também as relações entre território, profissionais e comunidade.

Entre todos os ACS entrevistados, apenas o ACS 14 (6 anos de profissão) considerou que a pandemia não impactou negativamente seu trabalho. Além disso, afirmou ter sido um período positivo por não ter tido a obrigação de fazer visita domiciliar “forçosamente”.

Os ACS 06 e 13 (8 e 25 anos como ACS, respectivamente) relataram um “ar de tristeza e luto” pelo falecimento de muitos moradores do território e de colegas de trabalho. Tal relato foi corroborado pela pesquisa de Rosário et al. (2024), que observam que a Atenção Primária à Saúde não é um nível de atenção que habitualmente recebe usuários em estado grave. Por essa razão, sinalizam que o luto e a tristeza descritos pelos entrevistados foi algo novo e marcante, vivenciado individual e coletivamente.

Sobre a vacinação, os ACS 11, 12 e 13 (23, 17 e 25 anos como ACS, respectivamente) relataram a dificuldade em conscientizar a população da importância de tomar as vacinas contra a covid-19. Apontaram também que, depois da pandemia, houve um aumento da resistência em relação a outras vacinas como a da gripe, cuja adesão

anteriormente era maior. Segundo os relatos, a população passou a desconfiar da eficácia das vacinas e a temer efeitos adversos após serem vacinados.

Você sabe por que também? Tem pessoas aqui dentro que em vez de ajudar a população a se vacinar, fala que não vai tomar. Gente, aqui dentro, sabe? Como é que . . . se a pessoa que trabalha na saúde nega a vacina . . . e não é só isso. Você vê médicos negando a vacina. (ACS 12, 17 anos como ACS).

Durante a pandemia de covid-19, também observamos o crescimento do negacionismo científico, a veiculação de notícias falsas sobre o vírus, a indicação massiva de supostos “tratamentos” e, principalmente, ataques às vacinas. A infodemia³¹ e a veiculação de informações falsas (*fake news*), disseminadas tanto pelas redes sociais de representantes do Governo Federal quanto por profissionais da saúde, foram percebidas por trabalhadores da APS como uma das principais causas da hesitação vacinal da população (Rosário et al., 2024; Souto et al., 2024).

Em dezembro de 2020, o então presidente da República afirmou categoricamente que não tomaria a vacina, além de questionar sua eficácia, alegando que ela estaria “em fase experimental” e que poderia provocar alterações no corpo humano, como “nascer barba em mulher”, “homem começar a falar fino” ou ainda “virar jacaré” (Lopes, 2022).

Esse cenário gerou novas demandas no cotidiano dos trabalhadores da APS, que passaram a lidar com a hesitação vacinal como mais um entrave em seu trabalho. Os agentes, de forma constante, ficaram responsáveis por desconstruir informações falsas que provocavam medo e insegurança na população (Rosário et al., 2024). Concordamos com Souto et al. (2024) quando pontuam que o vínculo do ACS com a população, assim

³¹ Fenômeno caracterizado pelo excesso de informações, o que dificulta a identificação da sua fonte (Rosário et al., 2024).

como a confiança nele depositada, torna esse profissional imprescindível no processo de vacinação, especialmente após a pandemia.

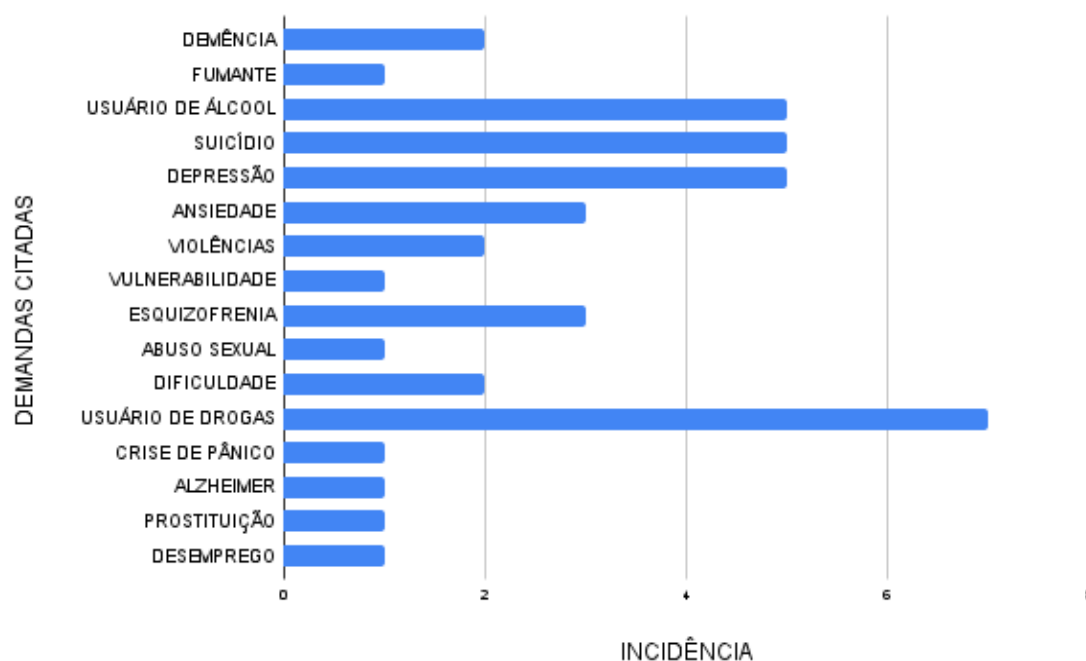
Olha, eu acho que sim, porque as pessoas, elas viram que a vacina estava resolvendo, porque se a vacina não estivesse resolvendo, morreriam muito mais pessoas, né, então eles até passaram a acreditar mais. Aí eles perguntavam: “Ah, você tomou as vacinas?”, porque eles queriam saber se eu tinha tomado. Eu falei: “Eu tomei todas as vacinas e acho que vocês também têm que tomar, porque é uma forma de gente estar protegido e proteger os que nos cercam, né?”. Então eles falavam: “Ah, então eu vou tomar”. Uma pessoa disse: “Eu vou tomar por você”. Eu respondi: “Não, por você também” [risos]. (ACS 11, 23 anos como ACS)

3.4 O ACS na Política de Saúde Mental

Ao abordarmos a questão da saúde mental e do sofrimento psíquico no cotidiano de trabalho da APS, reconhecemos que essa demanda já está presente no território, mesmo que, por vezes, haja dificuldade em identificá-la. Tal reconhecimento também apareceu nas entrevistas, uma vez que os agentes souberam nomear, ainda que com dificuldade, quais demandas em saúde mental são mais frequentes em suas áreas de atuação. A figura a seguir apresenta os casos a que os ACS entrevistados se referem quando estão falando de saúde mental.

Figura 9

Demandas em saúde mental citadas pelos ACS entrevistados



Nota. Elaborada pela autora (2024).

Os ACS 07 e 13 (23 e 25 anos como ACS, respectivamente) demonstraram dificuldade em nomear quais demandas consideram como sendo da área de saúde mental, alegando tratar-se de uma temática complexa e delicada. É possível perceber que, embora os ACS tenham mencionado alguns diagnósticos como sendo questões de saúde mental, também reconheceram como demandas nesse campo questões de vulnerabilidade social e econômica, como desemprego e situações de violências. Esse dado remete a princípios fundamentais da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, especialmente na compreensão das determinações sociais no processo saúde-doença. Tal perspectiva considera a vulnerabilidade e a violência, por exemplo, como “fatores de risco” para o desenvolvimento de sofrimento psíquico, priorizando um olhar para o sujeito e suas

relações, em detrimento de uma abordagem sintoma-diagnóstico centrada na análise do corpo físico-biológico. “Ela [a área] tem muita pobreza, muita dependência química, não só. Os dois juntos, álcool e droga, ou só a droga, [afetam] muita gente que fica à toa na rua, e eles usam” (ACS 09, 20 anos como ACS).

O ACS 01 (com 8 anos de profissão) trouxe uma questão relevante para a discussão do desenvolvimento de políticas públicas, especialmente na área de saúde: a subnotificação. Ao nos apresentar o sistema que utilizam diariamente, o agente mostrou que existe uma categoria denominada “distúrbio mental”, que poderia ser preenchida. Só que isso não vem sendo feito devido à falta de tempo, o que inviabiliza a extração de um relatório. “Se perguntar agora quem é, a gente não sabe, não tem esse controle, né? No sistema dá para preencher ali que tem problema mental, mas é tanta correria que não está sendo feito [mais] isso”.

Sobre a compreensão acerca das pessoas em sofrimento psíquico, esse mesmo ACS demonstrou uma visão de que elas são “incapazes” e que precisam ser tuteladas por um cuidador. Já o ACS 13 (25 anos de profissão) associou o sofrimento psíquico à dificuldade de comunicação com o usuário. “É quando a pessoa começa falar coisas que eu não consigo entender. Eu estou falando uma coisa e ela está falando outra, né?”.

Problema mental é quando a pessoa é dependente da família. Por si só ela não faz nada. Ela não sai de casa, não exerce a função de uma pessoa normal. São pessoas incapacitadas de exercer a função de uma pessoa normal. (ACS 01, 8 anos como ACS)

Sobre os fatores que influenciam o desenvolvimento do adoecimento psíquico, os ACS 14 e ACS 02 (6 e 23 anos como ACS, respectivamente) compreendem que ele pode ocorrer por predisposição genética ou em decorrência de acontecimentos da vida. Contudo, em ambas as perspectivas, acreditam que o acompanhamento deve acontecer por meio do uso de medicamentos: “Doente mental é só o medicamento para controlar” (ACS 02).

Em relação ao acompanhamento das pessoas em sofrimento psíquico, o ACS 06 (8 anos como ACS) apontou para a importância da retomada dos grupos, tanto como uma alternativa ao tratamento medicamentoso quanto para aproximar os usuários da UBS.

Chamar esse povo de novo porque o pessoal só vem para a consulta, né? E a gente quer que tenha alguma coisa, porque tem espaço, né? Formar grupos de novo. Traz, traz para a UBS! Então ela tem que ver que as pessoas procuram muito, hoje, as coisas no remédio. Remédio, remédio. Mas muitas vezes não é só remédio, né? Daí você tem que fazer alguma coisa para diminuir o remédio. Isso que eu penso. Ou para você nem precisar tomar ou para você deixar de tomar aquilo que você tomava tanto para dormir. De repente você faz uma atividade, está cansado e não precisa nem de remédio para dormir. (ACS 06)

Conforme discutido anteriormente, a RPB representa mais do que uma mudança nos serviços e na forma de atenção: ela exige uma transformação radical na maneira como nos relacionamos com a loucura. Como afirma Basaglia, “O problema não é doença em si (o que é, quais são suas causas, quais os prognósticos), mas simplesmente de determinar qual tipo de relação se instaura com o doente” (Basaglia, 2010, p. 107).

Diante o exposto, é possível perceber que, entre os entrevistados, alguns ainda vivem “os desejos de manicômio” (Ferreira et al., 2017), expressos na visão da pessoa em sofrimento psíquico como alguém incapaz, que precisa ser tutelado, que é confuso ou difícil de compreender e que só pode ser *controlado* com medicação.

Por outro lado, ainda que com menor frequência, também emergiu na fala de alguns ACS (06 e 09) a compreensão de saúde ampliada, discutida na APS e na RPB. Isso ocorreu, por exemplo, quando relacionaram a pobreza ao sofrimento psíquico e ao uso de álcool e drogas, ou quando destacaram os grupos como estratégia em detrimento ao alto índice de medicalização da população.

Sobre esse aspecto, Tesser et al. (2010) destacam que os ACS e os técnicos de enfermagem têm um papel relevante na adoção de abordagens alternativas à medicalização,³² justamente por conhecerem o contexto de vida dos usuários.

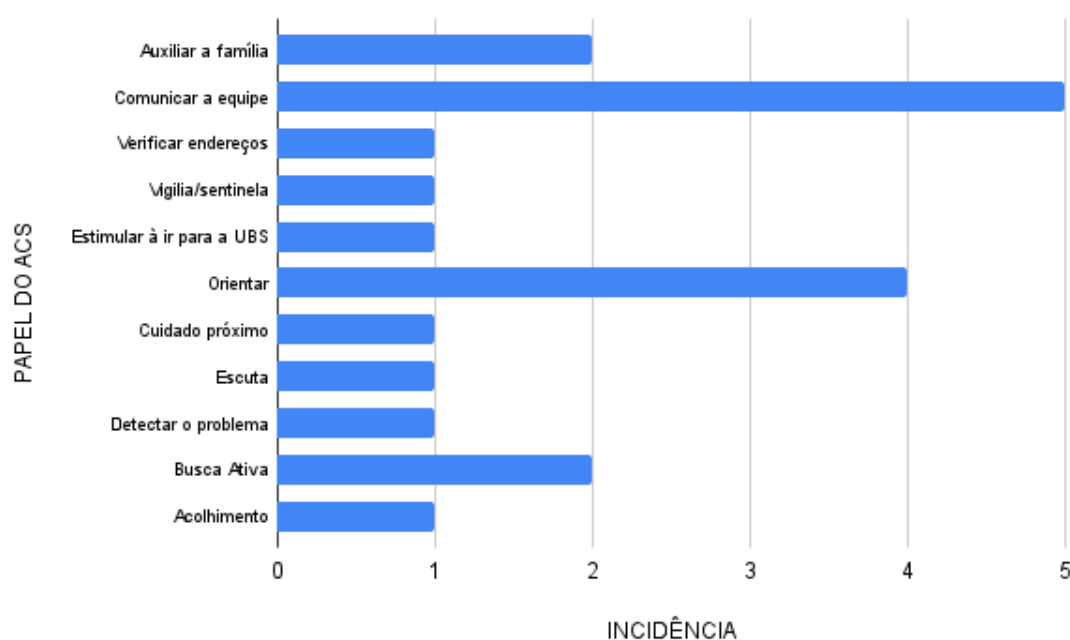
O cuidado continuado e a responsabilização pelo acompanhamento dos pacientes, que implica conhecê-los progressivamente, seu contexto e dinâmica psicossocial, econômica e cultural, são um poderoso mecanismo para o aprendizado de uma clínica desmedicalizante. Perceber a relação entre medicalização, o retorno repetido excessivo e a iatrogenia facilita a crítica à clínica centrada na doença e o aprendizado cotidiano sobre desmedicalização. (Tesser et al., 2010, p. 3622)

³² Tesser et al. (2010) complementam: “A medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administradas de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença”. (p. 3616)

Após verificarmos a compreensão dos ACS acerca da saúde mental, é necessário analisar o papel que eles acreditam ter no acompanhamento dessas demandas. A seguir, apresentaremos as principais ações em saúde mental citadas pelos entrevistados e, seguida, traremos outros dados das entrevistas para ampliar a discussão.

Figura 10

Papel dos ACS em relação às demandas de saúde mental, de acordo com os entrevistados



Nota. Elaborada pela autora (2025).

A maioria dos entrevistados ressaltou que seu papel é estar atento aos sinais e comunicar a equipe aquilo que eles percebem. Além disso, orientar os usuários acerca dos serviços da rede que podem acessar e levar informações sobre sofrimento psíquico para a população: “O nosso papel, na verdade, é correr atrás, às vezes, do paciente que não quer vir, né? Estimular ele a fazer o tratamento, porque nem todos recebem de bom

grado. Eles dizem: “Eu não sou louco”. Tem muito essa barreira, sabe?” (ACS 05, 3 anos de profissão).

É necessário considerar que a educação popular em saúde mental é um eixo fundamental para a transformação da percepção quanto aos estigmas e preconceitos que envolvem tanto os usuários da APS quanto os familiares de pessoas em sofrimento psíquico. O Ministério da Saúde (2013b) relembra que, historicamente, o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico foi delegado a instituições e que, a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001), esse cuidado foi restituído às famílias. É importante reconhecer que “esse cuidado requer disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima, inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimento de impotência e culpa, ou seja, com suas próprias emoções” (Ministério da Saúde, 2013b, p. 64). Defendemos que o agente comunitário de saúde, por meio das visitas domiciliares e do vínculo com as famílias, é um profissional imprescindível nesse suporte. Entretanto, retomamos a importância da formação desse trabalhador para que esse suporte não seja dado sob a insígnia do controle, da regulação e da exclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Porém, ainda existe a crença de que as demandas de saúde mental são de responsabilidade apenas dos profissionais da Psicologia e da Psiquiatria e, em alguns casos, da Enfermagem. Tal compreensão leva à ideia de que os agentes não podem fazer nada em relação a esses casos, além de comunicar a equipe: “A única coisa que [é o] papel do ACS é comunicar a enfermeira e o psicólogo, o psiquiatra ou alguém assim, responsável, né? Porque nós mesmos não podemos fazer nada” (ACS 02, 23 anos como ACS).

É possível que essa compreensão parta do pressuposto que somente o profissional de Psicologia tenha a chamada “escuta especializada”. O ACS 08 (12 anos como ACS) chegou a dizer que eles são psicólogos porque escutam, sugerindo que o ACS não poderia, entre suas atribuições e especialidades, escutar.

É interessante perceber que o ACS 03 (3 anos de trabalho), ao mesmo tempo em que pontuou que os agentes não teriam a capacidade de escutar (como se a escuta fosse sinônimo de clínica psicológica), em outra resposta ele demonstrou uma compreensão alinhada ao que poderia ser caracterizado como “escuta especializada” — e isto ocorre durante as visitas domiciliares. “Então, mesmo que a pessoa não fale, a gente tem a percepção de que está acontecendo alguma coisa. Nos gestos, como ela expressa, se mora com alguém ou não, se está cabisbaixo, se não” (ACS 03, 3 anos como ACS).

Se compararmos a afirmação anterior com o relato do ACS com 23 anos na profissão — aquele que acredita que o agente comunitário nada pode fazer além de comunicar a equipe —, podemos observar que o critério de tempo de trabalho, no que se refere ao cuidado em saúde mental, não possui muita relevância. Parece-nos que a sensibilidade no trato com a pessoa em sofrimento psíquico tem mais relevância do que a experiência profissional.

Se partirmos de uma compreensão de doença estritamente biológica, pautada na superação de sintomas, a prática da escuta pode ser minimizada em comparação às condutas técnicas. Entretanto, o ato de ouvir atentamente um usuário falar de seu sofrimento, ou seja, desabafar, cria a oportunidade para o profissional da saúde — especialmente o ACS, devido ao seu conhecimento dos recursos do território, da história e possibilidades do sujeito — devolver possibilidades a ele, para que lide com a situação apresentada (Ministério da Saúde, 2013b).

Novamente, ressaltamos a importância de formação, capacitação e espaços para discussão de casos (como o matriciamento), visto que a devolutiva não pode se pautar exclusivamente em opiniões pessoais, mas sim no conhecimento técnico e nas possibilidades dos serviços e demais alternativas presentes no território e disponíveis para o acesso daquele usuário.

A maioria dos ACS que participou da pesquisa afirmou que conhecer as pessoas, o cotidiano e a vida delas auxilia na percepção de alterações de humor, o que facilita para a identificação de sinais e sintomas. Além disso, esses profissionais apontaram que o vínculo é primordial quando se trata de demandas de saúde mental, já que a confiança que os usuários depositam na relação com os ACS favorece que os usuários comuniquem o que têm vivido, tanto no âmbito individual quanto no familiar.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013b), a APS, em função da vinculação dos usuários com o serviço e da possibilidade do cuidado longitudinal, caracteriza-se como um local privilegiado para a identificação do sofrimento psíquico e do diagnóstico precoce de psicoses. “Então você chega lá e pergunta: ‘Como estão as crianças? E a vacina? E o fulano?’ Então você vai fazendo; é aquela conversa de comadre, sabe? Que a pessoa se sente à vontade, mas te dá informações importantes” (ACS 05, 3 anos como ACS).

A fim de qualificar os ACS na identificação de sinais e sintomas em saúde mental na atenção à população de seu território, a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná elaborou o *Instrumento de Identificação de Sinais e Sintomas de Saúde Mental por Agentes Comunitários de Saúde* (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. (s.d.-a), no qual são listados alguns sinais e sintomas, acompanhados de pequenas explicações práticas ou indicações do que pode ser observado durante a VD. Os sinais e sintomas

estão divididos em duas categorias: (a) todas as faixas etárias e (b) crianças e adolescentes.

Os sinais relativos a todas as faixas etárias são: mudanças repentinas na rotina; isolamento social severo; uso de álcool e/ou drogas de maneira abusiva; alterações de humor; sinais de uso incorreto de medicação; situações de crise; luto não elaborado/luto complicado; histórico de tentativas de suicídio; comportamento e/ou discurso suicida; alta incidência de conflitos familiares; alterações no sono; alucinações; comportamentos atípicos; fala desconexa associada a desorientação ou a alterações da consciência; alterações relacionadas ao autocuidado e fobias (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (s.d.-a).

Já os sinais específicos para crianças e adolescentes são: agitação psicomotora; alterações de conduta; alterações no padrão de alimentação; alterações de humor; comportamento suicida; autolesão e isolamento social severo (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (s.d.-a).

Esse documento não foi mencionado em nenhum momento durante as entrevistas, de modo que não é possível afirmar se os ACS entrevistados tiveram acesso a ele. No entanto, com base nos relatos, é possível perceber que alguns dos sinais e sintomas listados no instrumento da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná foram mencionados como percepções de adoecimento, tais como alterações de humor, comportamentos suicidas, conflitos familiares, isolamento e uso de álcool e/ou outras drogas.

Ainda que tenham surgido de maneira isolada na pesquisa, três informações chamaram a atenção quando tratamos das demandas em saúde mental a partir das entrevistas com os ACS. A primeira é a existência, em uma das UBS, de um grupo de troca de receitas de medicações controladas. Trata-se do grupo de hipertensos e

diabéticos, mas que todas as pessoas que fazem uso contínuo de medicação devem comparecer para fazer a troca das receitas.

Então aqui funciona assim: nós temos o grupo que funciona toda segunda para fazer a troca a receita. Então, quando eu vejo paciente meu que já tem problema e não apareceu, eu já vou lá cobrar. Porque [eles] têm costume de deixar acabar medicamento e depois [dizem]: “E agora, o que eu faço?” E eles não querem fazer medicamento fora do grupo, é só lá, porque aqui a demanda é muito . . . é muita gente. Esse grupo funciona uma vez por semana, é o grupo do hiper dia, para fazer troca de receita. A gente afere pressão, vê quem é diabético, faz a glicemia e faz a troquinha da receita. A receita para o doente mental é feita para dois meses. E os demais para três meses: pressão, diabetes. (ACS 13, 25 anos como ACS)

A segunda questão que deve ser observada é o fato de o ACS 04 (3 anos como ACS) ter explicado que, muitas vezes, o encaminhamento ao CAPS serve para *desafogar* as demandas em saúde mental da UBS e que tais encaminhamentos são feitos, em vários casos, sem a realização da estratificação de risco que deveria ser feita pela própria unidade.

Aqui no posto, e aí ter que passar, agendar uma consulta para ser encaminhado para a psicóloga do posto atender, entendeu? Então, assim, para dar todo esse caminho . . . e se não é assim, manda para o CAPS. Então, [a gente] orienta a ir ao CAPS antes mesmo de uma triagem. Porque, assim, a ideia é que se trie no posto. Uma triagem, porque na verdade a UBS não é para atender caso agudo. Na estratificação, na verdade, é só risco baixo. Risco médio e alto é encaminhado para o CAPS. Mas, assim, [a gente] já vem com a resposta, sabe? Orienta a ir para o CAPS porque o CAPS é porta aberta”. (ACS 04, 3 anos como ACS)

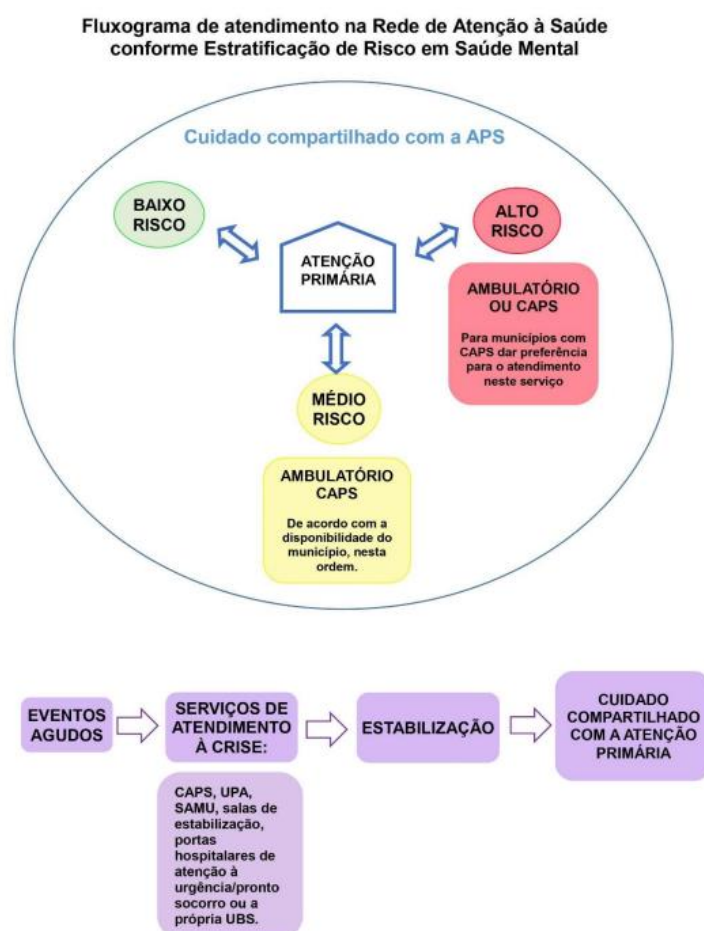
Ao encaminhar o usuário ao CAPS sob o argumento de que o serviço é “porta aberta”, o objetivo parece ser mais de *desafogar* as demandas da UBS do que priorizar a saúde e o bem-estar da pessoa. Além disso, esse tipo de prática parece não viabilizar o estabelecimento de vínculo com a UBS, mas sim com o CAPS. É importante sinalizar que, conforme Magalhães Jr. e Pinto (2014), todos os serviços da rede precisam contribuir para que haja o cuidado integral e coordenado dentro do sistema de saúde. Como sabemos, a partir da publicação da PNAB 2017 (Ministério da Saúde, 2017b) houve uma fragilização do NASF, o que acarretou uma perda significativa do cuidado em saúde mental na APS, uma vez que os profissionais perderam um suporte fundamental que preconizava o cuidado integral e interdisciplinar de usuários em sofrimento psíquico.

Consideramos que o encaminhamento de usuários para o CAPS com o intuito de desafogar as demandas da UBS materializa não apenas a ausência do apoio matricial e da possibilidade de discussão de casos, que preconizava o cuidado integral, mas também os ataques promovidos à saúde. Essa situação decorre tanto da ausência do NASF quanto da insuficiência de profissionais na APS.

Em relação à estratificação de risco em saúde mental, a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná dispõe de um instrumento para esse fim (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (s.d.-b). Nesse documento, é enfatizado que o cuidado dos usuários de baixo, médio e alto risco deve ser compartilhado entre a equipe de APS e os demais serviços da RAPS (ambulatórios e/ou CAPS). O documento também atribui à UBS o papel de serviço apto ao atendimento em situações de crise, conforme representado no fluxograma a seguir.

Figura 11

Fluxograma de atendimento na RAS conforme estratificação de risco em saúde mental



Nota. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (s.d.-b).

Ademais, é importante retomar a fala de Amarante (2023), ao afirmar que a alta complexidade em saúde mental se dá no território. Em outras palavras, devemos lembrar que “o correr da vida embrulha tudo” (Rosa, 1994, p. 449) e que tanto o “embrulho” quanto o “desembrulho” se dão no território.

A terceira questão, também trazida pelo ACS 04 (3 anos como ACS), refere-se a uma situação envolvendo um usuário da abrangência da UBS em que ele atua, mas que não era de sua área. Ele relata que esse usuário foi internado compulsoriamente, mas o ACS responsável pela área não quis estar presente no momento da busca do usuário em casa, justificando que situações como essa prejudicam o vínculo com os profissionais da saúde. “A partir do momento que você tem uma proximidade e consegue conquistar a confiança desse paciente, como é que, depois de uma situação dessas, vai voltar na casa do paciente?” (ACS 04). Essa fala evidencia a compreensão de que internações compulsórias acarretam uma quebra do vínculo entre usuário e agente, o que compromete a execução do trabalho.

Os achados da pesquisa indicaram que os agentes comunitários de saúde se aproximam do ideário da RPB quando reconhecem as vulnerabilidades sociais como parte do processo de adoecimentos dos usuários; quando valorizam os grupos, a convivência em comunidade; e o vínculo entre eles e os usuários do serviço como elementos primordiais no cuidado em saúde mental. Por outro lado, afastam-se dos princípios da RPB ao afirmarem que os sujeitos em sofrimento psíquico são *incapazes* e precisam ser tutelados; que só podem ser *controlados* com medicação; e que são responsabilidade exclusiva de profissionais da Psicologia e da Psiquiatria ou dos serviços de maior complexidade em saúde mental, desconsiderando o cuidado multiprofissional e intersetorial, tão caros à existência e funcionamento da RAPS.

4 ALINHAVANDO A REDE DE SAÚDE MENTAL

*Hoje não, hoje eu tenho que cuidar da minha
microárea e tenho que cuidar de mais duas
microáreas que não têm agente comunitário, então
eu não tenho mais aquele vínculo com os meus
pacientes. Então, a gente sabia tudo... se a gente
tivesse aquele vínculo, a gente sabia mais... tinha
condições de ajudar mais as pessoas. Você sabia
pela conversa...*

ACS 02 (23 anos de trabalho)

Durante diversos momentos ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, veio à mente a imagem de um bordado de ponto-cruz³³ sendo feito. Diante dessa imagem, o ACS era a agulha que perpassava os espaços vazios do tecido (que, no bordado, também são chamados de “casas”) e ia costurando o território, permitindo a construção da rede, a qual, diferentemente do ponto-cruz, é viva e nunca termina de ser bordada. No entanto, diante das limitações de uma pesquisa científica, é necessário que ela se encerre em algum momento, com tentativas de alinhavos e arremates.

Assim como os iniciantes no ponto-cruz, também tivemos que lidar com alguns nós ao longo da pesquisa. Um deles foi a necessária mudança no desenho inicial: no momento de ir a campo, tivemos que lidar com a recusa de participação por parte dos

³³ O ponto-cruz é uma forma de bordado em que os pontos são feitos em forma de “X” para criar imagens em um tecido.

ACS com mais tempo de atuação em duas UBS. Não é possível saber quais foram os impactos dessas negativas, uma vez que desconhecemos quais seriam seus relatos; no entanto, é fato que haveria alguma alteração, principalmente porque consideramos que “em cada um de nós há um pouquinho da história” (Alexievich, 2016) e que esses ACS carregam consigo a história do SUS e da APS do município em foco.

Porém, há um nó ainda maior que se interpõe nesse caminho: a escassez e as desigualdades sociais que atravessam a organização dos serviços e o cotidiano dos territórios. A “novidade” promulgada pela Lei nº 8.080 (Brasil, 1990), ao propor a saúde como direito universal de todo cidadão, ao se deparar com esse sistema marcado por escassez, acaba “estraçalhando uma sereia bonita, despedaçando o sonho pra cada lado” (Ribeiro, Vianna, Barone e Gil, 1986). Sendo assim, não podemos ser ingênuos e pensar o território apenas como possibilidades de construção de vínculo e saúde, uma vez que é no território que também se encontram a miséria, a fome e as violências, todas situações frutos de relações construídas historicamente pelos sujeitos.

É no território, também, que se exerce o controle das subjetividades . . . E o que se vende com as mercadorias são modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência — subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo. (Lima & Yasui, 2014, p. 598)

Nestes termos, observamos que alguns agentes estão mais próximos do cuidado pautado na atenção psicossocial, enquanto outros se mantêm distantes desses princípios.

Sobre o trabalho dos ACS no âmbito da saúde mental, defendemos que ele se insere profundamente na dimensão sociocultural da RPB (Amarante, 2021), pois é a partir do vínculo e do trabalho comunitário que se dá a possibilidade de construção de outro lugar social para o dito louco. Esse trabalho comunitário precisa considerar as possibilidades e as impossibilidades daquele território e daquele sujeito, promovendo, na medida do possível, sua participação social.

Esta pesquisa não esgota o tema, e seus achados suscitam outros questionamentos, como, por exemplo, a atuação dos profissionais de Atenção Primária à Saúde diante da expressividade de pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas. Ou, ainda, como se dá o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito da APS.

Ainda que esta pesquisa aponte para novas questões, é preciso reafirmar as bases sobre as quais ela se sustenta. Pensamos o SUS como uma política de saúde inspirada na *Declaração de Alma-Ata*, que reconhece a determinação social do processo saúde-doença, inserindo-se no território como um instrumento de transformação social e garantindo à população o acesso ao direito constitucional à saúde. Em nossa perspectiva, esse é o “lado certo” do bordado, que permite ao agente comunitário de saúde alinhar as redes de cuidado.

Porém, quando olhamos rapidamente para os documentos e as diretrizes mais recentes que pertencem à PNAB, podemos nos enganar com o aparente alinhamento de seus pontos. No entanto, ao virarmos o bordado e olharmos seu avesso, percebemos os fios soltos e os arremates malfeitos. É nesse avesso que se revela a face dos projetos políticos em curso que, sob o véu da modernização e da eficiência, comprometem conquistas históricas do SUS.

É nesse contexto que a agulha — metáfora do ACS como sujeito articulador do cuidado — vai perdendo sua força de alinhavo. A agulha ainda está presente e atravessa o tecido do território, mas com movimentos cada vez mais limitados. O ACS, que foi pensado como agente de transformação social, elo entre serviço e comunidade, tem sido transformado em um profissional burocrático.

Diante desse cenário, ao finalizarmos este trabalho, estamos convencidas de que fazer a defesa do SUS e de uma APS fortalecida significa, necessariamente, defender a permanência e a valorização do ACS como um profissional articulador, pautado nos princípios da Reforma Sanitária e da RPB, capaz de movimentar o território, alinhar as redes de cuidado e incentivar a participação política da comunidade em que atua.

REFERÊNCIAS

- Alexievich, S. (2016). *A guerra não tem rosto de mulher* (J. D. Pinheiro, Trad.). Companhia das Letras.
- Alves, K. V. G. (2009). *O que sabe o agente comunitário de saúde?* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
<https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/4079/1/Kali%20Alves-Dissertacao.pdf>
- Amarante, P. (2017, 23 de janeiro). *De perto ninguém é normal* [Post de blog]. *Mad In Brasil*. <https://madinbrasil.org/2017/01/de-perto-ninguem-e-normal/>
- Amarante, P. (2021). *Loucura e transformação social: autobiografia da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Editora Zagodini.
- Amarante, P. (2023, 22 de novembro). *Atenção psicossocial no contexto da Atenção Primária em Saúde* [Vídeo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=k62yvGb6XRE>
- Andrade, V. M. P. (2013). *O trabalho do agente comunitário de saúde: concepções de profissionais e usuários* [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo.
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-08102013-144827/>

- Araújo, E. (2023, 28 nov.). *Arcabouço constitucional: modificações recentes e como isso condiciona a nova política fiscal*. Observatório de Política Fiscal – FGV <https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/politica-economica/outros/arcabouco-constitucional-modificacoes-recentes-e-como-isso-condiciona-nova>
- Arouca, A. S. da S. (1987). Conferência: Democracia é saúde. In Ministério da Saúde (Org.), *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde. http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf
- Baldoino, M., Silva, M. E. B., & Costa, A. M. (2023). Modos de vida e organização do trabalho de agentes comunitários de saúde de unidades fluviais na Amazônia. *Trabalho, Educação e Saúde*, 21, e02470231. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2470>
- Barros, M. M. M. A., Chagas, M. I. O., & Dias, M. S. A. (2009). Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 227–232. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100028>
- Basaglia, F. (2010). As instituições da violência. In P. Amarante (Org.), *Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (J. A. d'Ávila Melo, Trad.). Garamond Universitária; Loucura XXI.
- Bittencourt, J. (1933). Patronato dos egressos dos manicômios. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, 6(4), 373–375. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/Archivos-brasileiros-de-higiene-mental>

Brasil. (1890). *Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890. Crêa no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras.*

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-791-27-setembro-1890-503459-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil. (1920). *Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920, Decreto n.º 14.354.*

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14354-15-setembro-1920-503181-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil. (1923). *Decreto nº 4.778, de 27 de dezembro de 1923. Considera de utilidade pública a Liga Brasileira de Hygiene Mental, com séde nesta Capital.*

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4778-27-dezembro-1923-568642-publicacaooriginal-91995-pl.html>

Brasil. (1927). *Decreto nº 17.805, de 23 de maio de 1927. Aprova o regulamento para execução dos serviços da Assistencia a Psychopathas no Districto Federal.*

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17805-23-maio-1927-499073-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil. (1942). *Decreto-Lei nº 4.275, de 17 de abril de 1942. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a organizar um serviço de Saúde Pública em cooperação com Instituto Office Interamerican Affairs of the United States of America.*

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-4275-17-abril-1942-414257-norma-pe.html>

Brasil. (1960). *Lei nº 3.750, de 11 de abril de 1960. Autoriza o Poder Executivo a transformar em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública, e dá outras providências*. [https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3750-11-abril-1960-354313-norma-pl.html#:~:text=EMENTA%3A%20Autoriza%20o%20Poder%20Executivo,P%C3%ABablica%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAscias.&text=Vide%20Norma\(s\)%3A,Legislativo](https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3750-11-abril-1960-354313-norma-pl.html#:~:text=EMENTA%3A%20Autoriza%20o%20Poder%20Executivo,P%C3%ABablica%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAscias.&text=Vide%20Norma(s)%3A,Legislativo)

Brasil. (1969). *Decreto-Lei nº 904, de 1º de outubro de 1969. Dispõe sobre entidades do Ministério da Saúde*. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-904-1-outubro-1969-376265-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Portal%20da%20C%C3%A2mara%20dos%20Deputados>

Brasil. (1975). *Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229impressao.htm

Brasil. (1976). *Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências*. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78307-24-agosto-1976-427254-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil. (1979). *Decreto nº 84.219, de 14 de novembro de 1979. Dispõe sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento, aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o período 1980-1985 e dá outras providências.*

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84219-14-novembro-1979-433518-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.*

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. (1990). *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.*

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Brasil. (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.*

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Brasil. (2002). *Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2006. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.*

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10507.htm

Brasil. (2004a). *Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências.* https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm

Brasil. Ministério da Saúde. (2004b). *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde. Pólos de educação permanente em saúde*. Ministério da Saúde.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf

Brasil. (2006). *Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.*

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm

Brasil. (2011). *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.* https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

Brasil. (2017a). *Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho.* https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm

Brasil. Ministério da Saúde. (2017b). *Portaria de Consolidação nº 2, de 3 de outubro de 2017: Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.*

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXL

Brasil. (2018). Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. *Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias.*

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113595.htm

Brasil. (2019). Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. *Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS).*

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113958.htm

Brasil. (2022). Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022. *Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança.*

<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1550426713/decreto-11098-22>

Brasil. (2023a). *Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica.*

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14536.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.536%2C%20DE%20para%20a%20finalidade%20que%20especifica

Brasil. (2023b). *Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança.*

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11798.htm#art5

Brasil. (2023c). *Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS).*

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14621.htm#art6

- Cabral, T. M. N., & Albuquerque, P. C. (2015). Saúde Mental sob a ótica de agentes comunitários de saúde: a percepção de quem cuida. *Saúde Debate*, 39(104), 159–171. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040415>
- Caldas, M. (1933). Clinica de Euphrenia: os trabalhos do primeiro trimestre. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 6(1), 36–42. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/Archivos-brasileiros-de-higiene-mental>
- Campos, A. P., & Romagnoli, R. C. (2007). Os encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental. *Mental*, 5(9), 79–99. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000200006&lng=pt&tlng=pt
- Campos, G. W. de S. (1998). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos Saúde Pública*, 14(4), 863–870. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>
- Campos, G. W. de S. (2012). Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. *Psicologia em Revista*, 18(1), 148–168. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100012
- Chiaverini, D. H. (Org.). (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf

- Codeceira, A. (Org.). (1936). Serviço de Higiene Mental. *Arquivo de Assistência a Psicopatas de Pernambuco*, 6(1-2), 78-82.
- https://drive.google.com/file/d/1_470uNRTCKUvwNzNDjgJm7VtG0deCuda/view
- Conselho Nacional de Saúde. (2019, maio). *8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma*. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/maio/8a-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>
- Correia, D., Mendes, Á, & Carnut, L. (2022). Determinação social do processo saúde-doença no contexto latino-americano: a importância do pensamento crítico em saúde. *Crítica Revolucionária*, 2, e002. https://doi.org/10.14295/2764-4979-RC_CR.v2-e002
- Costa, M. C. L. C. (2014). *O discurso higienista e a ordem urbana*. Imprensa Universitária.
- Costa-Rosa, Abílio; Yasui, Silvio; Luzio, Cristina Amélia. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In. Amarante, Paulo (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. (pp. 13-44) Nau.
- Cunha, A. P. da, Silva, O. C. Jr., & Silva, L. C. S. (2013). A atuação da enfermeira visitadora social como monitora de higiene mental (1927-1942). *Journal of Research Fundamental Care On Line*, 5(3), 318-327.
- http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2853/pdf_877

- Cunha, G. T., & Campos, G. W. de S. (2011). Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961–970. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>
- Estatutos da Liga Brasileira de Hygiene Mental, 1925. *Arquivo Brasileiro de Higiene Mental* (1925). Ano 1, número 1, 222–234. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/Arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>
- Ferreira, M. (2024, 1º de abril). *Eterno aprendiz – A vida e obra do cantor e compositor Gonzaguinha*. Sesc São Paulo. <https://www.sescsp.org.br/editorial/eterno-aprendiz-a-vida-e-obra-do-cantor-e-compositor-gonzaguinha/#abril24-integra>
- Ferreira, T. P. da S., Sampaio, J., Souza, A. C. do N., Oliveira, D. L. de, & Gomes, L. B. (2017). Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 373–384. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>
- Filgueiras, A. S. & Silva, A. L. A. (2011). Agente comunitário de saúde: um novo ator no cenário de saúde do Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 899–915. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300008>
- Fonseca, A. F., & Mendonça, M. H. M. (2015). Parcelarização e simplificação do trabalho do agente comunitário de saúde. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 20, 29–57. https://www.researchgate.net/profile/Angelica-Fonseca-2/publication/284005068_A_interacao_entre_avaliacao_e_o_trabalho_dos_Agentes_Comunitarios_de_Saude_subsidios_para_pensar_sobre_o_trabalho_educativo/links/5ac267810f7e9bfc045f2d80/A-interacao-entre-ava

- Fonseca, A. F., Morosini, M. V. G. C., & Mendonça, M. H. M. (2013). Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. *Trabalho, Educação e Saúde*, 11(3), 525–552.
<https://www.scielo.br/j/tes/a/6N8NWnsh7dkwhjDGXp5Vh9H/?format=pdf&lang=pt>
- Fontenelle, J. P. (1925). A Contribuição de Hygiene Mental no 2º Congresso Brasileiro de Hygiene. Em Noticiário: *Arquivo Brasileiro de Higiene Mental* (1925). Ano 1, número 1, 192–201. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/Arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>
- Fracolli, L. A., & Almeida, E. Z. de (2011). Teoria e prática da promoção da saúde: as concepções dos agentes comunitários de saúde. *O Mundo da Saúde*, 2(35), 137–144. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/teoria_pratica_promocao_saude.pdf
- Galeano, E. (2015). Livro dos abraços. L&PM Pocket.
- Garcia Márquez, G. (2015). *O amor nos tempos do cólera* (A. Callado, Trad.; 45ª ed.). Record.
- Gil, G., & Veloso, C. (1968). *Divino maravilhoso*. No *Tropicália*. [Gravação de música]. Philips.
- Giovanella, L. (2018). Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), e00029818.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/>

Giovanella, L., Franco, C Giovanella, L., Franco, C. M., & Almeida, P. F. de. (2020).

Política Nacional de Atenção Básica: Para onde vamos? *Ciência & Saúde*

Coletiva, 25(4), 1475–1482. [https://doi.org/10.1590/1413-](https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020)

81232020254.01842020

Gomes, K. O., Cotta, R. M. M., Minardi, S. M., Batista, R. S., & Cherchiglia, M. L.

(2010). O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de

Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4),

1143–1164. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400005>

Gonzaguinha. (1988). *É. No Corações marginais* [Gravação de música]. WEA Discos Ltda.

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. (s.d.). *Perfil dos*

municípios. IPARDES. [https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Perfil-dos-](https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Perfil-dos-Municipios)

Municipios

Lazarini, W. S., Sodré, F., Sarti, T. D., & Andrade, M. A. C. (2021). Políticas de saúde

no Brasil: uma análise a partir dos projetos financiados pelo Banco Mundial

durante os governos Lula e Dilma. *Saúde e Sociedade*, 30(1), e190747.

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190747>

Liga Brasileira de Hygiene Mental (1929, 29 de maio). *Actas e Trabalhos da Liga*

Brasileira de Hygiene Mental [Reunião da Secção de Ensino e Vulgarização da

Neuro-Psychiatria]. [https://cch.uem.br/grupos-de-](https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental-abhm/ano-3-numero-2-fevereiro-1930.pdf)

pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental-abhm/ano-

3-numero-2-fevereiro-1930.pdf

- Liga Brasileira de Hygiene Mental (1930, 22 de outubro). Actas e Trabalhos da Liga Brasileira de Hygiene Mental [Secção de Hygiene Infantil]. *Arquivo Brasileiro de Hygiene Mental*. (1931). Ano 4, nº 2, abril/maio. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gedhe/documentos/Arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>
- Liga Brasileira de Hygiene Mental. (1932). A Hygiene Mental no Estrangeiro. *Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental*. (1932). Ano 5, nº 2, outubro/dezembro, 149–162. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gedhe/documentos/Arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>
- Liga Brasileira de Hygiene Mental. (1933). Publicações recebidas. *Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental*. (1933). Ano 6, número 1, 68–75. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gedhe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>
- Liga Brasileira de Hygiene Mental. (1935). Factos e commentarios. *Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental*. (1935). Ano 8, nº 1, 2, 3, janeiro/setembro, 127–137. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gedhe/documentos/Arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>
- Lima, E. M. F. de A., & Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, 38(102), 593–606. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>
- Lobato, L. V. C. (2024). Direito universal à saúde no Brasil: da expansão restringida ao desmonte. In S. Fleury (Org.), *Cidadania em perigo: desmonte das políticas sociais e desdemocratização no Brasil* (pp. 187–216). Edições Livres; Cebes. <https://portolivre.fiocruz.br/cidadania-em-perigo-desmonte-das-politicas-sociais-e-desdemocratizacao-no-brasil>

Lanzara, A. P., Pinho, C. E. S., Pernasetti, F., Lobato, L. V. C., Burlandy, L., Senna, M.

C. M., Teodoro, R., & Fleury, S. (2024). *Cidadania em perigo: desmonte das políticas sociais e desdemocratização no Brasil*. Edições Livres; Cebes.

Lopes, A. J. (2022, janeiro 17). Relembre declarações de Bolsonaro sobre a vacinação.

Poder360. <https://www.poder360.com.br/governo/relembre-declaracoes-de-bolsonaro-sobre-a-vacinacao/>

Machado, A. (1912). *Cantares*. Em *Campos de Castilla*.

<https://www.escritas.org/pt/t/10543/cantares>

Machado, C. V., Baptista, T. W. de F., & Nogueira, C. de O. (2011). Políticas de saúde

no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 521–532. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300012>

Magalhães Júnior, H. M., & Pinto, H. A. (2014). Atenção básica enquanto ordenadora

da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate*, 51, 14–29. <https://heiderpinto.blog/wp-content/uploads/2017/04/magalhaes-jr-h-pinto-h-ab-coordenadora-do-cuidado-divulgacao-sd-51-2014.pdf>

Malta, A. (1906, 27 de março). *Barracão de madeira (“cortiço”) componente da estalagem existente nos fundos dos prédios n. 12 a 44 da rua da Sé. Rio de Janeiro* [Imagem]. Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro.

<https://oswaldocruz.fiocruz.br/index.php/biografia/trajetoria-cientifica/nadiretoria-geral-de-saude-publica/reforma-pereira-passos>

- Manifesto de Bauru. (1987). *Manifesto de Bauru* [II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, Bauru, dezembro de 1987]. Conselho Federal de Psicologia. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>
- Massuda, A. (2020). Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: Avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1181–1188. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>
- Marques Ávila, M. M. (2011). Origem e evolução do programa de agentes comunitários de saúde no Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(2), 159–168. <https://www.redalyc.org/pdf/408/40819262011.pdf>
- Mattos, S. A. F. (2013). Entre a loucura e a liberdade: a experiência de uma agente comunitária de saúde. In A. Lancetti (Org.), *SaúdeLoucura: Saúde mental e Saúde da Família* (3ª ed., pp. 53–58). Hucitec.
- Melo, E. A., Mendonça, M. H. M., Oliveira, J. R. de, & Andrade, G. C. L. de. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, 42(Spe1), 38–51. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
- Mendes, Á., & Carnut, L. (2019). Novo modelo de financiamento para qual atenção primária à saúde? *Domingueira IDISA*, 36. <https://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-36-outubro-2019>
- Mendes, Á., Carnut, L., & Guerra, L. D. da S. (2018). Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 224–243. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>

- Mendonça, M. H. M. d. (2004). Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(2), 353–366. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200009>
- Ministério da Saúde. (1972). *Fundação Serviços de Saúde Pública: 30 anos de atividades em Saúde Pública*.
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10002000296.pdf>
- Ministério da Saúde. (1980). *Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde*.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/7_conferencia_nacional_saude_anais.pdf
- Ministério da Saúde. (1987). Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In Ministério da Saúde (Ed.), *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf
- Ministério da Saúde. (1996, 5 de novembro). *Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996*.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html
- Ministério da Saúde. (1997, 18 de dezembro). *Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, aprova as normas e diretrizes do Programa Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família*.
<https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=181515>
- Ministério da Saúde. (2001). *Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS*.
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>

Ministério da Saúde. (2002, 19 de fevereiro). *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.*

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Ministério da Saúde. (2004). *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: Área profissional saúde.* Ministério da Saúde; Ministério da Educação.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf

Ministério da Saúde. (2008, 24 de janeiro). *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.*

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Ministério da Saúde. (2011a, 23 de dezembro). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).*

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Ministério da Saúde. (2011c, 21 de outubro). *Portaria nº 2.488, 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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS).*

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

- Ministério da Saúde. (2011d). *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): documento síntese para discussão* (1ª ed.).
- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf
- Ministério da Saúde. (2013a). *Programa Mais Médicos: Dois anos – Mais saúde para os brasileiros*.
- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf
- Ministério da Saúde. (2013b). *Saúde mental* (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
- Ministério da Saúde.
- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_cab34.pdf
- Ministério da Saúde. (2017a, 21 de dezembro). *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017: Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências*.
- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
- Ministério da Saúde. (2017b, 21 de setembro). *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)*.
- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Ministério da Saúde. (2019a, 12 de novembro). *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019: Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.*

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html

Ministério da Saúde. (2020a). *E-Gestor Atenção Básica: Informação e gestão da Atenção Básica. Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde*. Ministério da Saúde.

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>

Ministério da Saúde. (2020b). *Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores*. Ministério da Saúde.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf

Ministério da Saúde. (2023a, 21 de junho). *Portaria nº 757, de 21 de junho de 2023:*

Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. [https://www.gov.br/saude/pt-](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-757-de-21-de-junho-de-2023/view)

[br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-757-de-21-de-junho-de-2023/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-757-de-21-de-junho-de-2023/view)

Ministério da Saúde. (2023b, 12 de dezembro). *Portaria nº 2.304, de 12 de dezembro de 2023: Institui o Programa Mais Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias no triênio 2024–2026*. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.304-de-12-de-dezembro-de-2023-531394339>

Ministério da Saúde. (2024a). *Manual de uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC): Busca ativa*. https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/PEC/PEC_11_busca_ativa/#:~:text=A%20busca%20ativa%20%C3%A9%20uma,seu%20v%C3%ADnculo%20com%20esse%20territ%C3%B3rio

Ministério da Saúde. (2024b). *E-Gestor Atenção Básica: Informação e gestão da Atenção Básica. Cobertura da Atenção Primária*. Ministério da Saúde. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>

Ministério da Saúde. (2024c). *Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024, Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html

Ministério da Saúde. (2025). *Saúde mental em dados: Edição nº 13* [Publicação eletrônica]. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025/view>

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2019b). *Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS: Esclarecimentos sobre a nova Política Nacional de Saúde Mental* [Nota técnica]. <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *Política nacional de atenção básica* (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2016). *Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_capitacao_agentes_comunitarios_cuidado.pdf

Ministério da Saúde (Brasil), & Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert

Einstein. (2021). *Nota técnica de saúde mental para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco nos processos da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Especializada – Saúde Mental*. Ministério da Saúde.

<https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=6a7525c15b6d16a7d0733c869878e881f4365db6&t=1698777507&type=documento>

Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. (2023,

16 de maio). *A trajetória do programa que tirou o Brasil do mapa da fome*.

Governo do Brasil. <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/a-trajetoria-do-programa-que-tirou-o-brasil-do-mapa-da-fome>

Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Baptista, T. W. F. (2020). *Previne Brasil*,

Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços:

Radicalização da política de privatização da atenção básica? Cadernos de

Saúde Pública, 36(9), e00040220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>

Morosini, M. V. G. C., & Fonseca, A. F. (2018). *Os agentes comunitários na Atenção*

Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. Saúde em

Debate, 42(spe1), 261–274.

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CtVJJm7MRgkGKjTRnSd9mxG/?format=pdf&lang=pt>

- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. (2018). *Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate*, 42(116), 11–24. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Meyer, A. P. G. F. V. (2025). Agentes comunitárias na Estratégia de Saúde da Família: 30 anos de resistência e avanços. *Ciência & Saúde Coletiva*.
<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/agentes-comunitarias-na-estrategia-de-saude-da-familia-30-anos-de-resistencia-e-avancos/19797>
- Moura, R. F. S., & Silva, C. R. C. (2015). Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(1), 199–210. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001832013>
- Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Organização Mundial da Saúde & Fundo das Nações Unidas para a Infância. (1978). *Declaração de Alma-Ata*.
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
- Presidência da República. (2016). *Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências*.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

Reis, J. R. F. (2010). O coração do Brasil bate nas ruas: a luta pela redemocratização do país. In C. F. Ponte & I. Falleiros (Orgs.), *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Editora Fiocruz.

<https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/na-corda-bamba-de-sombrinha-a-saude-no-fio-da-historia>

Ribeiro, F., Vianna, H., Barone, J., & Gil, G. (1986). *A novidade*. No álbum *Selvagem?* [Gravação de música]. EMI Music Brasil.

Rio Grande do Sul. (1992). *Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992. Dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias, e dá outras providências.*

https://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.asp?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281

Rosa, J. G. (1994). *Grande sertão: Veredas*. Nova Aguilar.

Rosário, C. A., Souto, E. P., Morosini, M. V. G. C., Petra, P. C., & Matta, G. C. (2024). Transformação do trabalho no contexto da covid-19: experiências de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*, 22, e02904268. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2904>

Roxo, H. (1940). Notas e comentários. *Arquivo Brasileiro de Hygiene Mental*. (1940). Ano 12, nº 3 e 4, julho, 94–97. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/Archivos-brasileiros-de-higiene-mental>

- Roxo, H. (1945). Problemas de higiene mental. *Arquivo Brasileiro de Higiene Mental*. (1945/1946). Ano 16 e 17, nº único, 14–16. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/Archivos-brasileiros-de-higiene-mental>
- Roxo, H., & Moura, S. A. (1947). Ata da Assembleia-Geral Ordinária da Liga Brasileira de Higiene Mental, realizada a 5 de novembro de 1946. *Arquivo Brasileiro de Higiene Mental*. (1947). Ano 18, nº 1, julho, 120–121. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/Archivos-brasileiros-de-higiene-mental>
- Saffer, D. A., & Barone, L. R. (2017). Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), 813–833. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300022>
- Santos, A. S., & Soares, F. M. (2022). O papel do agente comunitário de saúde no apoio matricial. *Cadernos ESP/CE*, 16(1), 107–115. <https://doi.org/10.54620/cadesp.v16i1.613>
- Santos, S. A., Santos, R. M., Costa, L. M. C., Macedo, A. C., & Barros, L. M. C. (2018). Capital simbólico do trabalho das visitadoras sanitárias da Fundação Serviço de Saúde Pública, Alagoas/Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(3), 817–839. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000400012>
- Secretaria de Comunicação Social. (2024, 24 de julho). *Mapa da fome da ONU: insegurança alimentar severa cai 85% no Brasil em 2023*. Governo do Brasil. <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/07/mapa-da-fome-da-onu-inseguranca-alimentar-severa-cai-85-no-brasil-em-2023>

Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. (2022). *PlanificaSUS Paraná: estratégia de educação permanente para a consolidação da Rede de Atenção à Saúde*.

Governo do Estado do Paraná.

<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/PlanificaSUS-Parana>

Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. (s.d.-a). *Instrutivo para identificação de sinais e sintomas de saúde mental por agentes comunitários de saúde*.

<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@g tf-escriba-sesa@fed134e7-c177-4c29-8d85-78c9a3acb860&emPg=true>

Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. (s.d.-b). *Estratificação de risco em saúde mental*.

<https://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@g tf-escriba-sesa@9472a2fa-76e7-45f2-b98c-f056022c404e&emPg=true>

Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. (s.d.-c). *4ª Regional de Saúde – Irati*.

Governo do Estado do Paraná. <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/4a-Regional-de-Saude-Irati>

Senado Federal. (s.d.). *Linha do tempo a partir do primeiro ano em que foi relatada cada doença no Senado* [PDF]. Senado Federal.

<https://www12.senado.leg.br/institucional/arquivo/pdf/Linha%20do%20Tempo%20a%20partir%20do%20primeiro%20ano%20em%20que%20foi%20relatada%20cada%20doenca%20no%20Senado.pdf>

Sevcenko, N. (2021). Prelúdio Republicano, astúcias da ordem e ilusões do progresso.

In F. A. Novais & N. Sevcenko (Orgs.), *História da vida privada no Brasil – República: da Belle Époque à Era do Rádio* (Companhia de Bolso).

Silva, J. A. da, & Dalmaso, A. S. W. (2002). *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575416136>

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein [SBIBAE], & Ministério da Saúde (Brasil). (2019). *PLANIFICASUS: Workshop de abertura – A planificação da atenção à saúde*. Hospital Israelita Albert Einstein. https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa0_aps_guia_workshop.pdf

Sousa, J. de O., & Almeida, P. F. de. (2023). Atuação do agente comunitário de saúde em municípios rurais remotos do Semiárido: um olhar a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33, e33044. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333044>

Souto, E. P., Fernandez, M. V., Rosário, C. A., Petra, P. C., & Matta, G. C. (2024). Hesitação vacinal infantil e COVID-19: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(3), e00061523. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT061523>

Souto, E. P., Fernandez, M. V., Rosário, C. A., Petra, P. C., & Matta, G. C. (2024). Hesitação vacinal infantil e COVID-19: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(3), e00061523. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT061523>

Souza, O. (1929). O indivíduo e o meio no ponto de vista da hygiene mental. Em Liga Brasileira de Hygiene Mental (Org.), *Actas e Trabalhos da Liga Brasileira de Hygiene Mental* [Sessão da Assembléa Geral Ordinária], *Archivo Brasileiro de Hygiene Mental*, 2(2), 106–112. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/Archivos-brasileiros-de-higiene-mental>

- Tesser, C. D., Neto, P. P., & Campos, G. W. de S. (2010). Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3), 3615–3624.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900012>
- Tribunal de Contas da União. (s.d.). *Teto de gastos*. Contas do Governo.
<https://sites.tcu.gov.br/contas-do-governo/12-teto-de-gastos.html#:~:text=Constitui%C3%A7%C3%A3o>
- TV Senado. (2022, 13 de setembro). *A história da saúde pública no Brasil, da Independência à criação do SUS* [Vídeo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=KVuwgrZd4tg>
- UNA-SUS. (2023). *Ministério da Saúde forma mais de 176 mil agentes de saúde e anuncia ampliação do programa*. <https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-forma-mais-de-176-mil-agentes-de-saude-e-anuncia-ampliacao-do-programa#:~:text=Institucional-,Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20forma%20mais%20de%20176%20mil%20agentes%20de,300%20mil%20agentes%20at%C3%A9%202026>
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (2024). *PPC – Programa Mais Saúde com Agente: formação técnica para Agentes Comunitários de Saúde (ACS)*. Mais Saúde com Agente. https://maissaudecomagente.ufrgs.br/saude/wp-content/uploads/2024/10/PPC_ACS_2024.pdf
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (2021). *Projeto político-pedagógico do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde*. Porto Alegre.

Veloso, C. (1986). *Vaca profana*. No *Totalmente demais* [Gravação de música].

Universal Music Group.

Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173–190.

<https://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426>

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada *Agentes Comunitários de Saúde e a Saúde Mental: costurando a Rede de Atenção Primária à Saúde*, que faz parte do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá e é orientada pela Prof. Dra. Maria Lucia Boarini.

O objetivo da pesquisa é compreender como se dá o acolhimento e cuidado em Saúde Mental pelos Agentes Comunitários de Saúde do município de Maringá/PR.

Para tanto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: uma vez concordando em participar, faremos uma entrevista na qual seu papel será responder a questões que envolvem a sua relação com e no seu trabalho enquanto Agente Comunitário de Saúde e suas experiências na atuação com usuários que tenham demandas em Saúde Mental.

Como se trata de uma entrevista em que você relatará situações vivenciadas no seu cotidiano de trabalho, pode ser que essas memórias causem algum desconforto. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

As entrevistas serão gravadas em MP3 e deletadas após transcrição. A transcrição das respostas será feita, porém os dados que possam identificá-lo serão omitidos (como seu nome ou algum outro dado que venha a ser mencionado espontaneamente – como local que mora, etc).

Os benefícios esperados da pesquisa são: 1) Contribuir para os estudos em atenção básica de saúde, principalmente no que se refere à atenção a pessoa com sofrimento psíquico grave; 2) Colaborar com o conhecimento e fortalecimento da rede de atenção primária em Maringá/PR.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu,..... (nome por extenso do participante da pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof^a Dra. Maria Lucia Boarini (nome da pesquisadora responsável).

_____ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,.....(nome do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Maria Lucia Boarini

Endereço: Avenida Colombo nº 3690, Bloco 118, sala: 02, Maringá, Paraná.

Telefone: 3011- 4291

E-mail: mlboarini@uol.com.br

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEM (COPEP), no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

PPG, sala 4.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3011-4597

E-mail: copep@uem.br

Atendimento: 2ª a 6ª feira das 13h30 às 17h30. Considerando o cenário de pandemia, o atendimento ocorrerá preferencialmente por telefone ou e-mail. Para atendimento presencial, o COPEP solicita a gentileza de agendar horário, a fim de evitar aglomerações.

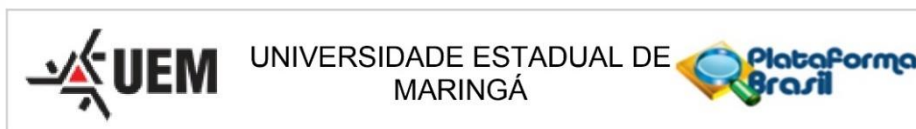
Apêndice B

Instrumento de coleta de dados

- (1) Gonzaguinha, cantor e compositor, em uma de suas composições canta os seguintes versos: “A gente quer viver pleno direito/A gente quer viver todo respeito/A gente quer viver uma nação/A gente quer é ser um cidadão]” (Gonzaguinha, 1988). Você considera que esse trecho tem semelhanças com o seu trabalho? Se sim, de quais formas? Em quais demandas você pensa quando eu falo “saúde mental”?
- (2) Qual papel você acha que os ACS têm na Saúde Mental?
- (3) Como é a orientação/formação que você teve/tem para lidar com demandas em saúde mental?
- (4) Como é morar tão próximo aos seus assistidos?
- (5) Como a pandemia de covid-19 impactou o seu trabalho?
- (6) Levando em consideração o seu tempo de trabalho, houve algum período que você considera que foi melhor de se trabalhar? Se sim, qual e por quê?

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado COPEP/UEM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Agentes Comunitários de Saúde e a Saúde Mental: costurando a Rede de Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Maria Lucia Boarini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67306023.3.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.063.237

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa: Agentes Comunitários de Saúde e a Saúde Mental: costurando a Rede de Atenção Primária à Saúde.

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, acadêmica Bruna Flôres Martins, Orientadora: Profª Drª Maria Lúcia Boarini.

METODOLOGIA PROPOSTA

Serão realizadas entrevistas com ACS de sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) indicadas pela gestão de Saúde Mental do município pelos fatos destas UBS apresentarem maior incidência de demandas de saúde mental. Serão entrevistados dois ACS de cada UBS indicada, sendo os critérios de escolha destes: aceite em participar da pesquisa e assinatura do TCLE; tempo de serviço maior que 06 meses, independente de gênero, raça e idade. As entrevistas serão individuais com perguntas abertas. Os dados coletados serão analisados à luz dos princípios da reforma psiquiátrica e da legislação de saúde vigente.

Hipótese: Contribuir na compreensão do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Maringá/PR à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Haverá uso de fontes secundárias de dados. Detalhamento: Documentos oficiais, legislações

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 6.063.237

vigentes, teses, dissertações e periódicos científicos, da atualidade e de períodos anteriores a promulgação da Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990 que instituiu o Sistema Único de Saúde/SUS.

Nº de participantes da pesquisa neste centro Agentes Comunitários de Saúde de 07 UBS de Maringá 14 entrevistas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender como se dá o acolhimento e cuidado em Saúde Mental pelos Agentes Comunitários de Saúde/ACS do município de Maringá/PR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Conforme Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), reconhecemos que há riscos aos participantes da pesquisa, uma vez que o vazamento de dados é uma possibilidade. Entretanto, nós, enquanto pesquisadoras, tomaremos todos os cuidados no que tange ao sigilo e confidencialidade da gravação e transcrição das entrevistas. As entrevistas serão gravadas por aplicativo de celular de gravação de áudio e, após transcritas, o material de áudio será destruído. Ao realizar a transcrição das entrevistas também nos comprometemos a omitir quaisquer dados que possam identificar o participante (como nome, local onde mora, etc). Também nos comprometemos utilizar os dados provenientes deste estudo apenas para os fins descritos, bem como a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na resolução nº 466/2012 do CNS, e suas complementares, no que tange ao sigilo e confidencialidade das informações coletadas.

BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados são: 1) Contribuir para os estudos em atenção básica de saúde, principalmente no que se refere à atenção a pessoa com sofrimento psíquico grave; 2) Colaborar com o conhecimento e fortalecimento da rede de atenção primária em Maringá/PR.(indiretos)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem como hipótese contribuir na compreensão do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Maringá/PR à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 6.063.237

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto:

Informa número de participante: adequado

Assinada, datada e identificada corretamente pela pesquisada responsável e pelo coordenador da pós-graduação em Psicologia, em janeiro e fevereiro de 2023 respectivamente.

TCLE: Solicitações atendida

Cronograma de Execução: Adequado

Orçamento Financeiro: Gasto com transporte de 300,00 com recursos próprios das pesquisadoras.

Termo de Autorização do CECAPS, devidamente assinada, identificada pela gerente de planejamento, em 3/02/2023 para coleta de dados em TUBS de Maringá.

análise de resposta a PENDÊNCIA REFERENTE A RELATORIA 24/02/2023

PENDÊNCIA 1- Sobre a METODOLOGIA: Considerando que as pesquisadoras fundamentam o uso de Referencial Teórico para construção da pesquisa, porém, não apresentam na METODOLOGIA PROPOSTA do projeto de pesquisa: procedimento (etapas) referente ao desenvolvimento da pesquisa, critério de inclusão e exclusão dos participantes, período de desenvolvimento do estudo, número de participantes com divergências nos arquivos da PB e na folha de rosto. Portanto, SOLICITA-SE descrever na METODOLOGIA da PB-Informações Básicas, de forma clara e objetiva, os procedimentos envolvidos na pesquisa, com o detalhamento dos MÉTODOS a serem utilizados. Apresentando os procedimentos que serão realizados desde a entrada do participante no estudo até sua finalização (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.a). RESPOSTA: A metodologia da pesquisa foi detalhada e especificada no Formulário de Informações Básicas da Plataforma Brasil, acrescentando-se os critérios de inclusão e exclusão dos participantes. Tais informações também foram alteradas no projeto de pesquisa. Além dessas, também foram incluídos no projeto os itens de "Período de desenvolvimento da pesquisa" e "Procedimento/etapas da pesquisa". Todas alterações realizadas no projeto da pesquisa estão destacadas em negrito e constam no documento intitulado "correcoes_projeto" anexado à plataforma no dia 04/04/2023.

ANÁLISE: atendida

PENDÊNCIA 2- Sobre o TCLE:

PENDÊNCIA 2.1- SOLICITA-SE informar ao participante de forma explícita os RISCOS (desconforto)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4597

Fax: (44)3011-4444

E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 6.063.237

envolvidos na participação da pesquisa e forma de mitigá-los. Salienta-se que a participação voluntária, recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa, trata-se de um direito do participante. SOLICITA-SE reescrever a informação referente ao RISCOS ao participante do estudo.

RESPOSTA: "Conforme Resolução nº466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), reconhecemos que há riscos aos participantes da pesquisa, uma vez que o vazamento de dados é uma possibilidade. Entretanto, nós, enquanto pesquisadoras, tomaremos todos os cuidados no que tange ao sigilo e confidencialidade da gravação e transcrição das entrevistas. As entrevistas serão gravadas por aplicativo de celular de gravação de áudio e, após transcritas, o material de áudio será destruído. Ao realizar a transcrição das entrevistas também nos comprometemos a omitir quaisquer dados que possam identificar o participante (como nome, local onde mora, etc). Também nos comprometemos utilizar os dados provenientes deste estudo apenas para os fins descritos, bem como a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na resolução nº 466/2012 do CNS, e suas complementares, no que tange ao sigilo e confidencialidade das informações coletadas."

ANÁLISE: atendida

PENDÊNCIA 2.2- Ser elaborado em duas vias, RUBRICADAS em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas de assinaturas estar na MESMA FOLHA (Resolução CNS nº510 de 2016, Artigo 17, Inciso X). SOLICITA-SE adequação.

RESPOSTA: as informações foram adicionadas ao TCLE e destacadas em negrito, e constam no arquivo intitulado "tcle_alteracoes"

ANÁLISE: atendida

PENDÊNCIA 2.3- No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram informados os meios de contato com o CEP (como o endereço, e-mail e telefone nacional), assim como os horários de atendimento ao público. Porém, também é necessário apresentar, em linguagem simples, UMA BREVE EXPLICAÇÃO SOBRE O QUE É O CEP. (Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 17, Inciso IX). SOLICITA-SE adequação.

RESPOSTA: as informações foram adicionadas ao TCLE e destacadas em negrito, e constam no arquivo intitulado "tcle_alteracoes"

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 6.063.237

ANÁLISE: atendida

PENDÊNCIA 3- Na folha de rosto está informado que serão 16 participantes, na PB-Informações Básicas serão 14. Considerando que a informação sobre o número de participantes encontra-se desigual, SOLICITA-SE uniformizar o número de participantes da pesquisa.

RESPOSTA: O número de participantes foi uniformizado na folha de rosto e na PB-Informações Básicas e foi adicionada uma nova folha de rosto ao projeto. Arquivo de nome "folhaderosto".

ANÁLISE: atendida

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a leitura dos anexos do protocolo de pesquisa do projeto intitulado "Agentes Comunitários de Saúde e a Saúde Mental: costurando a Rede de Atenção Primária à Saúde", e também as modificações realizadas nos anexos da PB em resposta à pendências referentes a relatoria de 24/02/23 (parecer consubstanciado CEP n. 5.956.402, de 21 de março de 2023) este Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá manifesta-se favorável à APROVAÇÃO deste projeto. Alerta-se a respeito da necessidade de apresentação de relatório final no prazo de 30 dias após o término do projeto em tela.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2078304.pdf	04/04/2023 16:26:25		Aceito
Outros	resposta.pdf	04/04/2023 16:25:33	BRUNA FLORES MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	correcoes_projeto.pdf	04/04/2023 15:41:33	BRUNA FLORES MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_alteracoes.pdf	04/04/2023 15:30:39	BRUNA FLORES MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/04/2023 12:52:58	BRUNA FLORES MARTINS	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	30/03/2023 16:45:12	BRUNA FLORES MARTINS	Aceito

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4597

Fax: (44)3011-4444

E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 6.063.237

Outros	oficio_cecaps.pdf	13/02/2023 11:02:55	BRUNA FLORES MARTINS	Aceito
--------	-------------------	------------------------	-------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 16 de Maio de 2023

Assinado por:

Maria Emília Grassi Busto Miguel
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

Bairro: Jardim Universitário

CEP: 87.020-900

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3011-4597

Fax: (44)3011-4444

E-mail: copecp@uem.br