



**PARECER Nº 03, DE 2018. – CESC**

**Da COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E CULTURA sobre o Projeto de Lei Nº 1.981, de 2018, que "regulamenta o art. 205, § 2º, da Lei Orgânica do Distrito Federal, dispondo sobre a carreira de Agente Comunitário de Saúde e de Combate à Endemias (ACSCE)".**

**AUTOR: Poder Executivo**

**RELATOR: Deputado Wasny de Roure**

**I - RELATÓRIO**

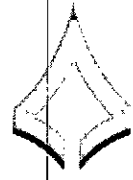
De autoria do Poder Executivo, submete-se a esta Comissão o Projeto de Lei nº 1.981, de 2018, que cria a carreira de Agente Comunitário de Saúde e de Combate à Endemias (ACSCE), conforme disposto no art. 1º.

O art. 2º define que a carreira do ACSCE é organizada em classes e padrões, composta pelo **emprego público** de ACSCE, totalizando 3.970 empregos. O regime jurídico dos ACSCE é aquele estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, de acordo com o parágrafo único do art. 2º.

O Capítulo II trata do ingresso na carreira de ACSCE, que dar-se-á no padrão inicial da terceira classe, mediante processo seletivo público (art. 205, §2º, da Lei Orgânica do Distrito Federal – LODEF), cujos requisitos mínimos serão o certificado de conclusão do ensino médio e comprovação de residência na área da comunidade em que irá atuar, o território de atuação da unidade básica de saúde (art. 3º). Caso o processo seletivo não registre interessado na área de abrangência da unidade, podem ser contratados ACSCE que residam em áreas próximas (§1º do art. 3º). O processo seletivo poderá ser feito de forma descentralizada, podendo ser formado cadastro de reserva (§2º do art. 3º). O exercício da função de ACSCE dar-se-á exclusivamente no Sistema Único de Saúde – SUS, na atenção primária ou na vigilância ambiental à saúde (art. 4º).

O Capítulo III define a jornada de trabalho de 40 horas semanais para a carreira do ACSCE.

O Capítulo IV define as atribuições do ACSCE, que incluem: atividades de educação e vigilância em saúde; prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações individuais e coletivas, visitas domiciliares e comunitárias; atuação em programas de atenção primária à saúde e de saúde ambiental, de controle de endemias, zoonoses, entre outras, sob coordenação de profissional ocupante de cargo de nível superior (art. 6º). O parágrafo único do art. 6º possibilita que o ACSCE realize



ações e procedimentos que requeiram capacidade técnica específica, garantidos a formação, a normatização e a autorização do coordenador da atividade. Ato conjunto das Secretarias de Estado de Planejamento e de Saúde estabelecerá as atribuições específicas do ACSCE (art. 7º).

O desenvolvimento na carreira, disposto no Capítulo V, dar-se-á mediante promoção entre classes ou progressão entre padrões da mesma classe, conforme tabela no anexo da Lei (art. 8º), sendo os requisitos o efetivo exercício e o cumprimento do interstício de 12 meses de efetivo exercício do padrão atual (art. 9º).

Sobre a remuneração dos ACSCE, conforme o Capítulo VI, os valores dos vencimentos básicos encontram-se no Anexo I da Lei (art. 10), com adicional de 10% sobre o valor do vencimento básico da classe e padrão em que se encontrar, caso possua comprovação de curso técnico em enfermagem (art. 11). Em caso de superação de metas estabelecidas anualmente em regulamento próprio, o ACSCE fará jus a adicional equivalente a até uma remuneração mensal (art. 12).

Nas Disposições Gerais e Transitórias estão contemplados: a obrigação de o ACSCE manter os requisitos de ingresso, durante toda a vigência do contrato de trabalho, sob pena de rescisão (art. 13); a possibilidade de aproveitamento do ACSCE na unidade básica de saúde do território de sua nova residência, desde que exista vaga e não haja aprovado em cadastro de reserva (parágrafo único do art. 13); a não aplicação da Lei aos servidores que integram a Carreira Vigilância Ambiental e Atenção Comunitária à Saúde, nos casos de "Agente de Vigilância Ambiental em Saúde" e "Agente Comunitário de Saúde", que permanecem submetidos à Lei nº 5.237, de 16 de dezembro de 2013 (art. 14), esses, porém, poderão ter suas atribuições compartilhadas entre si, na forma do regulamento (art. 15).

As despesas decorrentes da aplicação da Lei correrão por conta das dotações orçamentárias do Distrito Federal.

Segue a tradicional cláusula de vigência.

O Anexo I apresenta a Tabela de Vencimentos, contendo quatro classes (especial, primeira, segunda e terceira), com cinco padrões cada uma, e os valores de vencimentos específicos para cada padrão.

Na exposição de motivos, elaborada pela Secretaria de Estado de Saúde do DF – SES/DF, encontram-se definições sobre Atenção Primária à Saúde – APS e sobre Vigilância em Saúde, destacando que essas áreas devem desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios de sua responsabilidade.

Destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, publicada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que prevê a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica como condição essencial para o atendimento das necessidades de saúde da população. São registradas as ações do atual Agente Comunitário de Saúde – ACS, como parte da APS, e do atual Agente de Vigilância Ambiental em Saúde – AVAS, que realizam visitas domiciliares e comunitárias, voltados para a prevenção de doenças e promoção da saúde.



Argumenta-se que, na situação atual de aumento dos índices de doenças transmitidas por vetores como a dengue, chikungunya e zika vírus, para atingir as metas, é preciso incorporar a Vigilância à Saúde às atividades da APS, daí justifica-se a unificação dos cargos e atribuições, com o objetivo de potencializar os objetivos das duas áreas.

Destaca-se que há um percentual significativo dos cargos de ACS e AVAS criados pela Lei nº 5.237/2013, que não forem ocupados. Assim, em função da "problemática orçamentária apresentada pelo DF", é "impossível realizar as nomeações em número adequado à necessidade do serviço para satisfazer aos parâmetros nacionais". Mais adiante, reiterando essa diretiva, o texto destaca que, cabe ao gestor público, "utilizando principalmente dos princípios da economicidade e eficiência, encontrar formas" de garantir que a população tenha acesso a serviços básicos, "mesmo com fortes restrições orçamentárias", deixando claro que a prioridade atual é prover o DF com o maior número possível de equipes da Estratégia Saúde da Família.

A Exposição registra a realização da I Conferência Distrital de Vigilância em Saúde, de 7 a 8 de novembro de 2017, na qual foi ratificada a necessidade de **integração** entre as ações de Vigilância em Saúde e a rede de atenção à saúde do DF.

Registra-se a consideração de que, no atual quadro de crise econômica brasileira com danosos impactos na oferta de serviços de saúde, que também afeta o DF, o impacto financeiro para os "cargos" propostos (não são cargos, são empregos públicos) é inferior ao impacto para os cargos existentes hoje. Porém, não identificamos a avaliação do impacto financeiro.

Chama a atenção que a análise realizada pela Assessoria Jurídico Legislativa da SES/DF, incluída na Exposição de Motivos, registra que o PL além criar a carreira do ACSCE, tem como consequência a revogação da Lei nº 5.237/2013. Essa análise ressalta a necessidade de que seja juntada ao PL, como exigência do Decreto nº 36.495, de 13 de maio de 2015, que estabelece o procedimento para tramitação e apreciação de projetos de lei e decretos de competência do Governador do Distrito Federal, além da exposição de motivos e outras exigências, manifestação técnica sobre o mérito da proposição, estimativa de impacto orçamentário-financeiro e declaração do ordenador da despesa de que o aumento tem adequação orçamentária e financeira. Entretanto, não constatamos a presença desses documentos juntados à proposição.

O Projeto foi lido em 4 de abril de 2018 e encaminhado para esta Comissão de Educação, Saúde e Cultura para análise de mérito e para a Comissão de Assuntos Sociais; seguirá para análise de mérito e admissibilidade para a Comissão de Economia, Orçamento e Finanças e para a Comissão de Constituição e Justiça para análise de admissibilidade.

Por solicitação do Deputado Bispo Renato Andrade, o PL também foi encaminhado para análise de mérito pela Comissão de Desenvolvimento Econômico Sustentável, Ciência, Tecnologia, Meio Ambiente e Turismo – CDESCTMAT, com base no art. 69-B, *d e j*.

Durante o prazo regimental, não foram apresentadas emendas.



É o relatório.

## **II – VOTO DO RELATOR**

Conforme o art. 69, inciso I, *a*, do Regimento Interno, cabe à Comissão de Educação, Saúde e Cultura emitir parecer de mérito de matérias que tratem de saúde pública. É o caso do Projeto em comento que institui a carreira do ACSCE.

A análise de mérito de uma proposição deve levar em conta aspectos referentes à necessidade, relevância social e viabilidade, sua inserção no arcabouço legal, além da relação com as políticas públicas em vigor, relacionadas com o tema. É necessário também analisar se essa é a melhor resposta para a problemática, levando em conta os que se beneficiam com a medida proposta e aqueles que não estão contemplados ou que até se prejudicam. É o que buscaremos analisar neste parecer.

A proposição trata da carreira de dois profissionais que compõem, de um lado, as equipes de Saúde da Família – os ACS, e de outro, as equipes de Vigilância em Saúde – os AVAS, conforme denominação local para os agentes de controle de endemias. Refere-se, portanto, às ações no âmbito da Atenção Básica à Saúde, e de sua principal estratégia de organização, a Estratégia Saúde da Família e das políticas de Vigilância em Saúde.

A Atenção Básica à Saúde – ABS ou Atenção Primária à Saúde – APS constitui a porta de entrada do SUS, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. A ABS deve resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social.

A ABS considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Estratégia Saúde da Família – ESF é a política adotada no país, desde 1994, para a reorganização da ABS, de acordo com os preceitos do SUS. Considerada um avanço em relação ao modelo tradicional de atenção básica presente no país até o início da década de 1990, a ESF alcançou uma cobertura de 64% da população brasileira. O resultado foi impulsionado, em parte, por seu papel prioritário na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, documento que reúne as diretrizes orientadoras



das ações dos governos federal, estaduais e municipais nesta área. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a ESF deve:

- Atuar por meio de **equipe multiprofissional**, composta por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e ACS;
- Ter **caráter substitutivo** em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes ESF atuam;
- Atuar em **território definido**, realizando **cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional**, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo, mantendo postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o **planejamento e programação** realizadas com base no diagnóstico situacional e tendo como **foco a família e a comunidade**;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento das atividades;
- Ser um espaço de construção de cidadania.

Os ACS podem estar vinculados a uma equipe de ESF ou, no caso de implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, a uma unidade básica de saúde, nesse caso, coordenados por um profissional de enfermagem de nível superior. A atuação desses agentes está vinculada a um conjunto de famílias do território onde residem, realizando o cadastramento e o acompanhamento da saúde das pessoas, com vistas à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, de forma integrada com os demais profissionais das equipes da ESF.

No caso da Vigilância em Saúde, que historicamente trata, entre outros do desenvolvimento de ações de controle de doenças, em particular das doenças transmissíveis. Atua nos territórios, por meio dos chamados Agentes de Controle de Endemias – ACE (no DF, os AVAS). Há uma série de doenças endêmicas que são objeto de atuação específica desses profissionais, com destaque para o controle da dengue, da chikungunya e do zika vírus. Esses agentes são coordenados por supervisores que monitoram o trabalho que se desenvolve em territórios delimitados.

Desde a emergência da Dengue, em 1992, que o Ministério da Saúde preconiza a integração das ações dos ACS e ACE, e a incorporação das orientações para o controle da doença por parte dos ACS nos territórios da ESF.

A Emenda Constitucional nº 63, de 4 de fevereiro de 2010, que alterou o art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre o piso salarial profissional nacional e diretrizes para os Planos de Carreira de **agentes comunitários de saúde** e de **agentes de combate às endemias**, estabelece o seguinte:

"Art. 198. ....

.....  
§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a



*regulamentação das atividades de **agente comunitário de saúde** e **agente de combate às endemias**, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (grifo nosso)*

A Constituição Federal, portanto, trata de forma separada as atividades dos dois profissionais, não estando prevista no texto a fusão dessas duas categorias profissionais, conforme pretende a proposta em tela do Poder Executivo.

Por outro lado, a Lei federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que 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, estabelece o seguinte:

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

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

As atribuições específicas, previstas na referida Lei federal, relativas ao ACS e ao ACE estão descritas no Anexo I deste parecer. Depreende-se da Lei que estão definidas, claramente, competências distintas de ACS e ACE, mesmo considerando a necessidade de integração entre as ações desses dois profissionais, com vistas à promoção da saúde e ao controle de doenças. Há especificidades nas atribuições que dificultam a simples fusão dessas duas atividades, por exemplo, o desenvolvimento de ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica e coleta de reservatórios de doenças por parte do ACE. A Lei federal não prevê a fusão dessas categorias numa só, mas apenas a integração das ações.

No plano local, a Lei Orgânica do Distrito Federal – LODF trata da seguinte forma a questão:

*Art. 205. ....*

*.....*

*§ 1º Os gestores do Sistema Único de Saúde poderão admitir **agentes comunitários de saúde** e **agentes de combate às endemias** por meio de processo seletivo público, de acordo com a **natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação**. (Parágrafo acrescido pela Emenda à Lei Orgânica nº 53, de 2008.)*

*§ 2º Lei disporá sobre o regime jurídico e a **regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias***. (Parágrafo acrescido pela Emenda à Lei Orgânica nº 53, de 2008.)

*§ 3º Além das hipóteses previstas no art. 41, § 1º, e no art. 169, § 4º, da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos fixados em lei para o seu exercício. (Parágrafo acrescido pela Emenda à Lei Orgânica nº 53, de 2008.)*



Assim, da mesma forma que a Constituição e a legislação federal, a LODF estabelece claramente a distinção entre uma e outra função, destacando a natureza e complexidade de suas atribuições, o que exige requisitos específicos para a sua atuação. Estabelece, ainda, que Lei disporá sobre a regulamentação das atividades de um e de outro.

Nesse sentido, encontra-se em vigor a Lei distrital nº 5.237, de 16 de dezembro de 2013, que dispõe sobre a carreira Vigilância Ambiental e Atenção Comunitária à Saúde do Quadro de Pessoal do Distrito Federal. A Lei estabelece o seguinte:

*Art. 2º A carreira Vigilância Ambiental e Atenção Comunitária à Saúde, organizada em classes e padrões, é composta pelos cargos e quantitativos abaixo:*

*I – agente de vigilância ambiental em saúde: mil e duzentos cargos;*

*II – agente comunitário de saúde: três mil, trezentos e cinquenta cargos.*

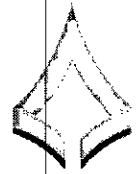
*Art. 8º O agente de vigilância ambiental em saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante realização de ações de campo e visitas domiciliares ou comunitárias, atuando nos programas de saúde ambiental relacionados a fatores biológicos e não biológicos e controle de endemias, zoonoses e outras ações que se façam necessárias desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS.*

*Art. 9º São atribuições gerais do cargo de agente comunitário de saúde, no nível de atuação, o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante a realização de ações individuais ou coletivas e visitas domiciliares ou comunitárias desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS, sob coordenação ou supervisão de profissional ocupante de cargo de nível superior.*

*Art. 10. As atribuições específicas dos cargos de agente de vigilância ambiental em saúde e de agente comunitário de saúde são estabelecidas em ato conjunto do titular da Secretaria de Estado de Administração Pública e da Secretaria de Estado de Saúde. (grifo nosso)*

Dessa forma, fica claro que, do ponto de vista da legislação, tanto no âmbito da federal – CF e legislação infraconstitucional – como no plano distrital, estão definidas as atribuições de cada um dos dois cargos de forma separada.

O MS ao tomar a iniciativa de rever a Política Nacional de Atenção Básica, até então definida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, lançou algumas propostas que modificavam de forma significativa os rumos da Política, tendo, em função disso recebido uma série de críticas de entidades representativas da saúde pública brasileira e, em especial, por parte do órgão máximo do controle social do SUS – o Conselho Nacional de Saúde – CNS. Entre essas mudanças propostas destacavam-se: a possibilidade de a ESF não se constituir mais na principal estratégia de organização da ABS; a não definição do quantitativo mínimo de profissionais para a composição da equipe da ESF, nem do quantitativo populacional que cada equipe deve cobrir; a possibilidade de equipe sem ACS; a não definição do número de ACS por equipe; e a unificação do território de atuação dos ACS e dos ACE.



O CNS se posicionou de forma crítica a essas mudanças por meio de três Recomendações, as quais apresentamos a seguir.

Recomendação nº 035, de 11 de agosto de 2017 – da qual destacamos:

.....  
*considerando que a minuta de portaria para revisão da PNAB, submetida à Consulta Pública pela CIT, não prevê o número mínimo de agentes comunitários de saúde que são obrigatórios em uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e nem exige mais que os mesmos cubram 100% do território, medida que, se efetivada, resultará na redução da cobertura da população além da demissão de milhares de agentes comunitários de saúde;*

*considerando que a minuta de portaria para revisão da PNAB, submetida à Consulta Pública pela CIT, **obriga a unificação do território de atuação dos agentes comunitários de saúde e de combate às endemias** o que, além de não ser adequado à realidade de todos os territórios, tende a provocar piora nas ações de prevenção de doenças transmissíveis, em um país com periódicas epidemias de dengue, chikungunya e zika;*

.....  
*Ao Congresso Nacional, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e as entidades que compõem as instâncias de controle social do SUS;*

*1 - Que se comprometam com a ampliação e qualificação do debate sobre a revisão da PNAB, tratando objetivamente dos impactos assistenciais e econômicos das medidas propostas, apresentando estudos e projeções que embasaram a decisão da CIT, a repercussão no rateio e redistribuição dos recursos federais para a atenção básica repassados aos municípios envolvendo a participação da população usuária, de especialistas, trabalhadores e gestores; 2 - Que os processos de mobilização das Conferências de Vigilância em Saúde contemplem o debate, razões, justificativas e impactos de revisão da PNAB; e*

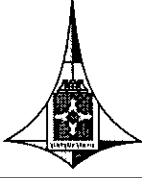
*À Comissão Intergestores Tripartite (CIT):*

*Que não delibere pela revisão da PNAB enquanto este amplo processo de debate estiver em desenvolvimento. (grifo nosso)*

Recomendação nº 51, de 6 de outubro de 2017, - da qual destacamos o seguinte:

.....  
*considerando que não foram apresentados pela tripartite os impactos assistenciais e financeiros, conforme previsto na Recomendação CNS nº 35/2017, bem como outras implicações à gestão e assistência no âmbito do SUS, principalmente municipal;*

.....  
*considerando que até a presente data as justificativas para a pactuação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, não foram apresentadas ao CNS, conforme deliberações anteriores de seu Pleno, e também não foram publicadas em sítio eletrônico público para acesso e em resposta aos que contribuíram com a Consulta Pública para a revisão da PNAB; considerando o contexto no qual foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que congelou por 20 (vinte) anos os recursos da área social, ao mesmo tempo em que se busca aprovar a unificação dos blocos de financiamento do SUS com a desregulamentação dos recursos da atenção básica, provocando a perda de recursos relativos e absolutos da área da saúde*



*para outras áreas, e ainda, que está em discussão uma proposta de "plano de saúde acessível" que visa expandir a cobertura mínima via crescimento da oferta do setor privado;*

.....  
*Recomenda*

*À Comissão Intergestores Tripartite (CIT):*

**A revogação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica no âmbito do SUS até a conclusão do processo de debate democrático da revisão da PNAB. (grifo nosso)

Recomendação nº 60, de 10 de novembro de 2017, que prevê o seguinte:

.....  
*considerando que o Ministério da Saúde descumpriu a deliberação do CNS, tendo em vista que em sua reunião ordinária realizada em 6 e 7 de outubro de 2017, o este órgão colegiado não aprovou o texto de revisão da PNAB pactuado na CIT, por entender que o texto é permanentemente inconstitucional;*

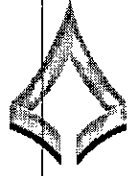
*considerando que, desde a publicação da Portaria MS nº 2.436/2017, em setembro do corrente ano, já foi constatado o agravamento das demissões de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em todo país, principalmente no Estado do Rio de Janeiro e de São Paulo, o que implicará no prejuízo do acesso das comunidades aos serviços de saúde, uma vez que esses profissionais são essenciais para que os princípios do SUS, regulamentados na Lei nº 8.080/1990, sejam cumpridos;*

*considerando que o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, descumpriu com seu compromisso, firmado no dia 7 de outubro de 2017, de discutir os cinco pontos elencados pelo CNS e que estão contemplados nas justificativas dos projetos de decretos legislativos que tramitam no Congresso Nacional, a saber: 1. Ampla debate da PNAB no âmbito do CNS; 2. Garantia do financiamento à Estratégia Saúde da Família; 3. **Garantia do mínimo obrigatório de ACS nas áreas adscritas;** 4. **Retirar o item que unifica as atividades de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias;** e 5. Garantia da universalidade e integralidade das ações e serviços de saúde que foi prejudicado com o estabelecimento do "padrão essencial de serviços" no texto da Portaria nº 2.436/2017;*

*considerando a inconstitucionalidade da Portaria MS 2.436/2017, que retira direitos da população brasileira quanto à sua saúde já tão precarizada, e a importância do fortalecimento da Atenção Básica em nosso país, essencial para a prestação de serviços de saúde que garantam o cumprimento dos princípios do SUS; e considerando que o Decreto legislativo (DLG) é um ato normativo de competência exclusiva do poder legislativo com eficácia análoga a de uma lei e que esse instrumento visa garantir a intervenção deste Poder quando há riscos patrimoniais e quanto ao bem-estar da população brasileira.*

*Recomenda:*

*Ao Presidente da Câmara de Deputados e ao Presidente do Senado: Que, nos limites das respectivas competências legais e regimentais, coloquem em regime de urgência de votação a tramitação dos Projetos de **Decretos Legislativos PDC – 786/2017 (Câmara dos Deputados) de autoria do Deputado Mandetta (DEM/MS) e outros;** do PDC – 193/2017 (Senado Federal) de autoria do Senador Cassio Cunha Lima (PSDB/PB) e do*



*PDC – 198/2017 (Senado Federal) de autoria do Senador Humberto Costa (PT/PE).*

O CNS aprovou a proposta de retirada do item relativo à unificação das atividades dos ACS e ACE e, uma vez publicada a portaria, articulou junto aos deputados a iniciativa, particularmente do PDC nº 786/2017, que suspende os efeitos da referida norma.

Entidades e instituições de destaque da saúde pública brasileira também se posicionaram contra essas mudanças na PNAB, como foi o caso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz, entre outras. Nota conjunta<sup>1</sup> das três primeiras entidades alerta para as ameaças de retrocesso contidas na revisão da PNAB proposta pelo governo, da qual destacamos:

*Causa imensa preocupação a proposição de uma reformulação da PNAB num momento de ataque aos direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988. A revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica proposta pelo Ministério da Saúde **revoga a prioridade do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).***

*Embora a minuta da PNAB afirme a Saúde da Família estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, o texto **na prática rompe com sua centralidade na organização do SUS, instituindo financiamento específico para quaisquer outros modelos na atenção básica** (para além daquelas populações específicas já definidas na atual PNAB como ribeirinhas, população de rua) que não contemplam a composição de **equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde.** Esta decisão abre a possibilidade de organizar a AB com base em princípios opostos aos da Atenção Primária em Saúde estabelecidos em Alma-Ata e adotados no SUS.*

.....  
*A esta reformulação somam-se outras **questões críticas do financiamento da atenção básica decorrentes do fim dos blocos de financiamento do SUS.** Esta decisão penaliza a capacidade de indução do SUS em favor da Saúde da Família e da Atenção Básica, não garantindo sua prioridade nos governos municipais.*

.....  
*A reformulação proposta também **ameaça a presença do Agente Comunitário de Saúde como integrante e profissional da atenção básica.** Com a expansão da Saúde da Família com cobertura de territórios em áreas urbanas de diferentes estratos socioeconômicos faz-se necessário fortalecer o papel do ACS, redefinindo e qualificando sua intervenção na comunidade como agente de saúde coletiva, elo entre o serviço de saúde e a população. O ACS conhece e reconhece as necessidades populacionais do território e devem ser contemplados com estratégias de educação permanente que apoiem seu trabalho de promotor da saúde, atuando na mobilização social para enfrentamento dos determinantes sociais e em ações estratégicas frente aos problemas de saúde da população. (grifo nosso)*

<sup>1</sup> <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>



Mesmo com toda a reação contrária de importantes entidades do movimento sanitário e apesar das inúmeras sugestões apresentadas na consulta pública, o MS editou a Portaria GM/MS nº 2.436/2017 sem grandes alterações em relação à proposta original. Porém, a ideia de  **fusão de territórios e das funções do ACS e do ACE não foram mantidas na Portaria, que preservou as atribuições específicas de cada agente – ACS e ACE, e criou apenas atribuições comuns**, propondo a integração das ações, conforme o seguinte:

**4.2.6- Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)**

*Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.*

*Assim, além das **atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:***

*a) Atribuições comuns do ACS e ACE I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;*

*II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;*

*III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;*

*IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;*

*V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;*

*VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;*

*VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;*

*VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;*

*IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;*

*X.- 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; e*



*XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.*

As atribuições específicas dos ACS e dos ACE estabelecidas pela referida Portaria encontram-se no Anexo I deste parecer.

Feitas essas considerações, passamos à análise dos aspectos relativos ao mérito da proposição em tela.

Em primeiro lugar, é preciso considerar que o projeto de iniciativa do Poder Executivo objetiva a fusão das atribuições de duas atividades distintas do SUS e a transformação de cargo público em emprego público, sem alterar os cargos existentes, ao não revogar a Lei distrital nº 5.237/2013.

Das citações apresentadas, conclui-se que não há amparo legal nem técnico que embase essa proposta. Mesmo a resolução da I Conferência Distrital de Vigilância em Saúde – CDVS, mencionada na Exposição de Motivos, na realidade não aprovou a fusão das categorias, mas apenas se manifestou sobre a “necessidade de **integração** entre as ações de Vigilância em Saúde e a Rede de Atenção à Saúde do DF” e, mais adiante, sobre a importância de “fortalecer, no âmbito do Distrito Federal, a **integração** das equipes da ESF com a vigilância em saúde (...)”, conforme consta do referido documento.

Há que se destacar que a real motivação que impulsiona a proposta, para além da necessidade de integração das ações, um objetivo histórico do SUS, que se apoia no princípio da Integralidade, está claramente manifesta na Exposição de Motivos, ao registrar que, “tendo em vista a **problemática orçamentária** apresentada pelo DF, gerencialmente **é impossível realizar as nomeações em número adequado à necessidade do serviço para satisfazer aos parâmetros nacionais**”. Ou seja, a proposta de fusão das duas atividades e de transformação de cargo público para emprego público tem como eixo a ideia de **racionalizar o gasto público**, em detrimento do atendimento das necessidades de saúde. Isso fica evidente, mais uma vez na Exposição de Motivos, ao ressaltar que “cabe ao gestor público, utilizando principalmente dos **princípios da economicidade e eficiência**, encontrar formas de efetivamente garantir que a população do DF seja contemplada com serviços básicos, mesmo com fortes restrições orçamentárias”. E conclui que “o planejado no passado deverá ser adequado às necessidades presentes e ao futuro”. Por que o gestor deve se apoiar principalmente nesses citados princípios e não naqueles princípios que regem o SUS, como é o caso da **universalidade e integralidade** da atenção?

Fica notório que o que está em jogo é uma redução da organização das ações em função das restrições orçamentárias. Por que em vez de restringir o desenvolvimento de ações de vigilância específicas dos AVAS, resultado da fusão proposta, não são questionadas as prioridades do governo que levam a essas medidas racionalizadoras, com prováveis consequências negativas para o controle de doenças importantes, como é o caso da dengue, da chikungunya e do zika vírus?

AM



O Poder Executivo, ao propor a fusão das duas categorias com a criação do ACSCE, na verdade incorpora ao ACS as funções do ACE, sem que sejam feitas as adequações necessárias para que não haja uma **sobrecarga de trabalho e uma insuficiência na cobertura das ações**, antes desenvolvidas por dois profissionais distintos. Não há como questionar a necessidade de integração das atividades desenvolvidas pelos dois agentes, mesmo porque ambas se apoiam na ideia da vigilância e da promoção da saúde. Porém, há que se reconhecer que **há especificidades que precisam ser preservadas, particularmente num quadro de avanço das doenças transmissíveis**, como a dengue, a chikungunya e o zika vírus. Não foi à toa que essa ideia não prosperou no plano nacional, mesmo com toda a restrição de recursos para a saúde e a aprovação da revisão da PNAB pelo MS.

Há, ainda que se registrar inconsistência na proposta, ao estabelecer, no art. 14, que os atuais ACS e AVAS se submetem à Lei nº 5.237/2013 e, no art. 15, que eles poderão ter suas atribuições compartilhadas.

Ressalte-se que o Projeto não foi acompanhado da necessária avaliação de impacto financeiro.

Por fim, corroborando as bases legais expostas, que impõem a existência das duas carreiras separadas de ACS e ACE, destacamos a recém editada Medida Provisória nº 827, de 19 de abril de 2018, que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, quanto a direitos dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, que prevê, entre outros, o seguinte:

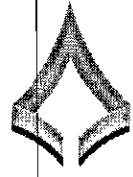
*Art. 2º.....*  
*§ 1º É essencial e obrigatória a presença de Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família e de Agentes de Combate às Endemias na estrutura da vigilância epidemiológica e ambiental.*

Ante o exposto, somos no âmbito da Comissão de Educação, Saúde e Cultura, pela **rejeição**, no mérito, do Projeto de Lei nº 1.981, de 2018.

Sala das Comissões, em 2018.

DEPUTADO  
*Presidente*

  
DEPUTADO WASNY DE ROURE  
*Relator*



ANEXO I

- Lei federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, estabelece o seguinte:

*Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.*

.....  
*§ 3º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, são consideradas atividades típicas do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação:*

*I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural;*

*II - o detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde;*

*III - a mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional;*

*IV - a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento*

*a) da gestante, no pré-natal, no parto e no puerpério;*

*b) da lactante, nos seis meses seguintes ao parto;*

*c) da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura;*

*d) do adolescente, identificando suas necessidades e motivando sua participação em ações de educação em saúde, em conformidade com o previsto na Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);*

*e) da pessoa idosa, desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção de quedas e acidentes domésticos e motivando sua participação em atividades físicas e coletivas;*

*f) da pessoa em sofrimento psíquico*

*g) da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas;*

*h) da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal;*

*i) dos grupos homossexuais e transexuais, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças;*

*j) da mulher e do homem, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças;*

*V - realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento:*

*a) de situações de risco à família;*

*b) de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde;*

*c) do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação;*



*VI - o acompanhamento de condicionalidades de programas sociais, em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras).*

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

**§ 1º São consideradas atividades típicas do Agente de Combate às Endemias, em sua área geográfica de atuação:**

**I - desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;**

**II - realização de ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, em interação com o Agente Comunitário de Saúde e a equipe de atenção básica;**

**III - identificação de casos suspeitos de doenças e agravos à saúde e encaminhamento, quando indicado, para a unidade de saúde de referência, assim como comunicação do fato à autoridade sanitária responsável;**

**IV - divulgação de informações para a comunidade sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção individuais e coletivas;**

**V - realização de ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica e coleta de reservatórios de doenças;**

**VI - cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças;**

**VII - execução de ações de prevenção e controle de doenças, com a utilização de medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;**

**VIII - execução de ações de campo em projetos que visem a avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças;**

**IX - registro das informações referentes às atividades executadas, de acordo com as normas do SUS;**

**X - identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais;**

**XI - mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.**

**§ 2º É considerada atividade dos Agentes de Combate às Endemias assistida por profissional de nível superior e condicionada à estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental e de atenção básica a participação:**

**I - no planejamento, execução e avaliação das ações de vacinação animal contra zoonoses de relevância para a saúde pública normatizadas pelo Ministério da Saúde, bem como na notificação e na investigação de eventos adversos temporalmente associados a essas vacinações;**

**II - na coleta de animais e no recebimento, no acondicionamento, na conservação e no transporte de espécimes ou amostras biológicas de animais, para seu encaminhamento aos laboratórios responsáveis pela identificação ou diagnóstico de zoonoses de relevância para a saúde pública no Município;**

**III - na necropsia de animais com diagnóstico suspeito de zoonoses de relevância para a saúde pública, auxiliando na coleta e no encaminhamento de amostras laboratoriais, ou por meio de outros procedimentos pertinentes;**



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

TERCEIRA SECRETARIA

Assessoria Legislativa - ASSEL

Unidade de Saúde, Educação, Cultura e Des. Científico e Tecnológico - USE



*IV - na investigação diagnóstica laboratorial de zoonoses de relevância para a saúde pública;*

*V - na realização do planejamento, desenvolvimento e execução de ações de controle da população de animais, com vistas ao combate à propagação de zoonoses de relevância para a saúde pública, em caráter excepcional, e sob supervisão da coordenação da área de vigilância em saúde.*

*§ 3º O Agente de Combate às Endemias poderá participar, mediante treinamento adequado, da execução, da coordenação ou da supervisão das ações de vigilância epidemiológica e ambiental. (grifo nosso)*

- Portaria GM/MS nº 2.436/2017, que 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), prevê o seguinte:

### ***b) Atribuições do ACS:***

*I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;*

*II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;*

*III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;*

*IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;*

*V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;*

*VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;*

*VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.*

*Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.*

*I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;*

*II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;*

*III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;*



*IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e*

*V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.*

*Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.*

***c) Atribuições do ACE:***

*I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;*

*II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;*

*III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;*

*IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e*

*V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e*

*VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.*

*O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.*