

1



**DIREITOS  
E DEVERES  
DOS ACS  
E ACE NO  
BRASIL**



# 1



## **DIREITOS E DEVERES DOS ACS E ACE NO BRASIL**



ACS



# FICHA TÉCNICA

**Comitê Gestor:** IPADS / JOHNSON & JOHNSON/ CONASEMS/CONACS

**Coordenador Geral:** Thiago Lavras Trapé

**Diretora Executiva:** Camila Nascimento Benvenuto

**Representante CONASEMS:** Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas,

**Representantes Johnson & Johnson:** Ewerton Nunes, Marina Silva e Regiane Soccol

**Representantes CONACS:** Ilda Angélica Correia e Andréa de Carvalho

**Equipe técnica:** Ana Paula Andreotti Pegoraro e Mirna Tedesco

**Autor:** Fernando Aith

**Diagramação e Arte:** Davi Cunha



# APRESENTAÇÃO

Este curso é uma das ações do **Projeto A CASA - Comunidade de práticas, conexão, formação e informação do Agente Comunitário de Saúde e Agente de Controle de Endemias.**

O projeto tem como objetivo apoiar o protagonismo dos ACS e ACE no trabalho de atenção primária do SUS, criando um espaço de compartilhamento de experiências e aprendizado, reunindo boas práticas sobre o trabalho dos ACS e ACE, ofertando cursos, materiais de apoio, ações de educação, gestão e comunicação social com foco na atuação do ACS e ACE nas equipes de atenção primária.

A CASA é fruto de uma parceria entre a Confederação Nacional dos Agentes Comunitário de Saúde e Agentes de controle de endemias (CONACS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS) e a Fundação Johnson & Johnson.

## Sobre o IPADS

O IPADS é uma organização sem fins lucrativos, que atua na perspectiva de contribuir com o desenvolvimento social e com a melhoria da qualidade de vida da população, apoiando a formulação, implantação e avaliação de políticas, programas e projetos. O trabalho do Instituto é caracterizado pela interdisciplinaridade, principalmente pela atuação conjunta de seus associados que buscam uma abordagem integral das necessidades do cidadão.

## Sobre o CONASEMS

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) nasceu a partir do movimento social em prol da saúde pública e se legitimou como uma força política, que assumiu a missão de agregar e de representar as 5570 secretarias municipais de saúde do país. Desde 1988, promove e consolida um novo modelo de gestão pública de saúde baseado em conceitos como descentralização e municipalização.

## Sobre a Fundação Johnson & Johnson

Patrocinada pelas companhias Johnson & Johnson do Brasil, a Fundação R.W. Johnson é uma entidade privada, sem fins lucrativos, reconhecida como entidade de utilidade pública. Atua realizando investimentos sociais que busquem o desenvolvimento da qualidade de vida e a melhoria das condições da saúde, educação e meio ambiente, por meio da promoção da saúde e capacitação de profissionais.

## Sobre o CONACS

A Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias, denominada CONACS, é uma entidade civil, dotada de personalidade jurídica, sem fim lucrativo, com finalidade de representar ativa e passivamente, judicial ou extra judicialmente todos os trabalhadores ACS / ACE no território nacional. Promovendo a conquista de direitos e mantendo lá melhor qualidade de vida na execução de suas funções na suas áreas distintas de atuação.

Olá

Sejam bem-vindos (as) ao **Curso DIREITOS E DEVERES DO ACS e ACE**

Os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias representam uma força de trabalho essencial ao bom funcionamento do SUS e tiveram esse reconhecimento dado tanto pela Constituição Federal como pela Legislação que regula a profissão no Brasil.

Neste material apresentaremos os direitos e deveres dos ACSs e ACEs, hoje consolidados pela Constituição.

Boa leitura!  
Um forte abraço!

**Equipe A CASA**

[www.acasadosagentes.org.br](http://www.acasadosagentes.org.br)  
[@acasadosagentes](https://www.instagram.com/acasadosagentes)

## **FERNANDO MUSSA ABUJAMRA AITH**

**autor**

Professor Titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Diretor Geral do Centro de Pesquisas em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo. Professor Visitante de Direito da Saúde na Universidade de Paris. Membro especialista da Plataforma Harmony With Nature da Organização das Nações Unidas. Livre-Docente em Teoria Geral do Estado pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (FADUSP). Pós-Doutorado em Direito Público pela Faculdade de Direito da Universidade Paris 2. Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP/USP). Mestre em Filosofia e Teoria Geral do Direito. Especialista em Direito Médico e da Saúde pela Universidade de Paris 8.

# INTRODUÇÃO:

## SAÚDE DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

O **direito à saúde**, reconhecido como um Direito Humano fundamental por diversos instrumentos internacionais, encontra-se categorizado em nossa Constituição no que se convencionou chamar de Direitos Sociais ou Direitos Humanos. A própria Constituição de 1988 expressamente declara a saúde como um Direito social em seu artigo art. 6º:

### SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL (CF 1988, ART. 6º)

*“São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.*

O direito à saúde, como Direito social que é, possui a característica de exigir do Estado brasileiro ações concretas e efetivas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Deve assim o Estado intervir na dinâmica social para a proteção do Direito à saúde, por meio de políticas públicas sociais e econômicas, visando reduzir os deficits históricos e garantir o mais elevado nível possível de saúde para a população brasileira.

De outro lado, a saúde também possui características de individual, na medida em que permite que o cidadão ingresse com uma ação judicial para exigir do Estado ou de terceiros responsáveis legalmente a adoção ou a abstenção de medidas concretas em favor da saúde.

É por essa razão que o **art. 196** da Constituição Federal dispõe expressamente que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

### SAÚDE DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO (CF 1988, ART. 196)

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.*

Para que a saúde seja um Direito efetivamente respeitado no Brasil, a Constituição Federal previu diversos mecanismos de proteção, dentre os quais destaca-se a previsão expressa de que **a proteção do direito à saúde é dever do Estado**. Sendo um dever do Estado, este passou a legislar das mais diversas formas para organizar as ações e serviços públicos necessários para a proteção, promoção e recuperação da saúde. Assim, a legislação brasileira, produzida pelo Estado, passou a contar com diversas novas leis voltadas especificamente para a garantia do Direito à Saúde.

# VOCÊ SABIA?

Desde 1988 foram recepcionadas leis anteriores que conformavam o sistema de saúde brasileiro, bem como foram aprovadas novas e importantes leis conformando o campo do Direito Sanitário no Brasil, tais como: Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde); Lei 8.142/90 (Participação e Financiamento); Lei 9.782/99 (sistema nacional de vigilância sanitária, incluindo a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Lei 9.961/00 (Agência Nacional de Saúde Suplementar); Lei 6.259/75 (Programa Nacional de Imunização e Vigilância Epidemiológica); Lei 6.437/77 (Infrações Sanitárias); Lei 5.991/73 (controle de medicamentos); Lei 11.350/06 (regulamenta os agentes comunitários de saúde); entre outras.

Também foram editadas diversas normas jurídicas infralegais que regulamentam as referidas Leis. São os Decretos, as Portarias (como por exemplo as que aprovam as Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB/SUS e as Normas de Organização da Assistência à Saúde - NOAS, ou as recentes Portarias de Consolidação publicadas pelo Ministério da Saúde); as Resoluções (como por exemplo as Resoluções de órgãos colegiados, de Agências reguladoras, do Conselho Nacional de Saúde), etc.

Sendo a promoção, proteção e recuperação da saúde um dever do Estado, a Constituição Federal criou um Sistema voltado à organizar as ações e serviços públicos de saúde a serem prestados pelo Estado. Trata-se do Sistema Único de Saúde.

## → | RESUMO | ←

### SAÚDE DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

- “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. (CF 1988, ART. 6º)
- “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (CF 1988, ART. 196)
- Desde 1988 foram recepcionadas leis anteriores que conformavam o sistema de saúde brasileiro, bem como foram aprovadas novas e importantes leis conformando o campo do Direito à saúde no Brasil, tais como:
  - Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde);
  - Lei 8.142/90 (Participação e Financiamento);

- Lei 9.782/99 (sistema nacional de vigilância sanitária, incluindo a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária);
  - Lei 9.961/00 (Agência Nacional de Saúde Suplementar);
  - Lei 6.259/75 (Programa Nacional de Imunização e Vigilância Epidemiológica); Lei 6.437/77 (Infrações Sanitárias);
  - Lei 5.991/73 (controle de medicamentos);
- Lei 11.350/06 (regulamenta os agentes comunitários de saúde); entre outras.
- Também foram editadas diversas normas jurídicas infralegais que regulamentam as referidas Leis.
    - Decretos
    - Portarias (como por exemplo as que aprovam as Normas Operacionais Básicas do SUS – NOB/SUS e as Normas de Organização da Assistência à Saúde – NOAS, ou as recentes Portarias de Consolidação publicadas pelo Ministério da Saúde)
    - Resoluções (como por exemplo as Resoluções de órgãos colegiados, de Agências reguladoras, do Conselho Nacional de Saúde), etc.

## DEMOCRACIA SANITÁRIA NA CF DE 1988

- De acordo com o art. 1º da Lei 8.142/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
  - I - a Conferência de Saúde; e
  - II - o Conselho de Saúde.
- A **Conferência de Saúde** reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.
- Por sua vez, o **Conselho de Saúde** deve ter caráter permanente e deliberativo, tratando-se de um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.
- Os Conselhos de Saúde possuem a importante função de fiscalizar o Sistema Único de Saúde para que as deliberações tomadas pelas Conferências de Saúde sejam efetivamente concretizadas pelas autoridades públicas responsáveis pela formulação e execução das ações e serviços públicos de saúde.

Os Conselhos de saúde são obrigatórios para todos os entes federativos do Brasil. A União, os Estados,



o Distrito Federal e os Municípios devem criar, em seus respectivos âmbitos de atuação, os Conselhos de Saúde.

## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal, ao mesmo tempo em que reconhece a saúde como um Direito de todos, confere ao Estado a responsabilidade de organizar um conjunto de ações e serviços públicos de saúde capazes de reduzir os riscos de doenças e de outros agravos à saúde, bem como de garantir à população o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para que o Estado seja capaz de cumprir esse importante objetivo a **Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde**, sistema que reúne os instrumentos necessários para que o Estado brasileiro garanta o direito à saúde no Brasil.



### O QUE É O SUS?

O Sistema Único de Saúde – SUS é a instituição jurídica mais importante do sistema de saúde brasileiro, responsável diretamente pelo atendimento direto assistencial de toda a população brasileira (210 milhões de habitantes), sendo que, destes, mais de 170 milhões de brasileiros dependem exclusivamente do SUS.

Podemos conceituar o SUS como a **instituição jurídica criada pela Constituição Federal para organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde no Brasil**.

A Constituição Federal de 1988 define o SUS (art. 198), estabelece as suas principais diretrizes (Art. 198, incisos I a III), expõe algumas de suas competências (art. 200), fixa parâmetros de financiamento das ações e serviços públicos de saúde (art. 198, parágrafos 1º a 3º) e orienta, de modo geral, a atuação dos agentes públicos estatais para a proteção do Direito à saúde (arts. 196, 197 e 198, caput).

A **execução direta de ações e serviços públicos de saúde pelo Estado é feita através de diferentes instituições de todos os entes federativos** (União, Estados, DF e Municípios), tais como : Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Autarquias hospitalares, Autarquias Especiais (Agências Reguladoras), Fundações públicas, etc.

Todas as ações e serviços de saúde executados pelas instituições do Estado brasileiro, em qualquer nível federativo, serão consideradas ações e serviços públicos de saúde e estarão, portanto, dentro da esfera de atuação do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, **as ações e serviços prestados pelos agentes comunitários de saúde no Brasil integram o SUS** e devem observar seus princípios e diretrizes, configurando-se uma política de Estado no Brasil.

Também serão consideradas ações e serviços públicos de saúde aquelas executadas por instituições privadas nos termos do parágrafo 1º do Art. 199 da Constituição. Assim, as instituições privadas que firmarem convênios ou contratos firmados com as instituições de Direito público também estarão executando ações e serviços públicos de saúde e farão parte do Sistema.

## → | RESUMO | ←

### SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- **O Sistema Único de Saúde – SUS** é a instituição jurídica mais importante do sistema de saúde brasileiro, responsável diretamente pelo atendimento direto assistencial de toda a população brasileira (210 milhões de habitantes), sendo que, destes, mais de 170 milhões de brasileiros dependem exclusivamente do SUS.
- Podemos conceituar o SUS como a **instituição jurídica criada pela Constituição Federal para organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde no Brasil.**
- **A execução direta de ações e serviços públicos de saúde pelo Estado é feita através de diferentes instituições de todos os entes federativos** (União, Estados, DF e Municípios).
- **Todas as ações e serviços de saúde executados pelas instituições do Estado brasileiro, em qualquer nível federativo, serão consideradas ações e serviços públicos de saúde** e estarão, portanto, dentro da esfera de atuação do Sistema Único de Saúde.
- Também serão consideradas ações e serviços públicos de saúde aquelas executadas por **instituições privadas que firmarem convênios ou contratos firmados com as instituições de Direito público.**

# AS INSTITUIÇÕES QUE COMPÕEM O SUS NOS DIFERENTES NÍVEIS FEDERATIVOS DO BRASIL

Como manda a Constituição, a saúde é um dever do **Estado**. As ações e serviços públicos de saúde são aquelas executadas pelo Estado diretamente ou através de outros sujeitos.

As instituições jurídicas mais relevantes do SUS são aquelas atreladas às **Administrações diretas ou indiretas da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal**.

## O QUE É ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA?

De acordo com o Decreto-Lei 200, de 25 de fevereiro de 1967, a Administração direta é aquela que “se constitui de serviços integrados na estrutura administrativa da Presidência da República e dos Ministérios” (Art. 4º, I), e Administração indireta é a que compreende as seguintes categorias de entidades dotadas de personalidade jurídica própria: autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e Fundações públicas. A mesma lógica vale para os Estados e Municípios: a administração direta nestes entes federativos será constituída dos serviços integrados na estrutura administrativa dos Governadores (estados) e dos Prefeitos (municípios).

A Administração direta da União está regulada por Lei específica, que é alterada constantemente conforme as reorientações organizativas que os ocupantes do governo federal executam periodicamente. Esta Lei obrigatoriamente listará os Ministérios que compõem a Administração Direta da União, devendo o Ministério da Saúde figurar em seus dispositivos, com o detalhamento de suas estruturas internas e competências. A organização interna de cada Ministério da Administração Federal varia conforme a área de atuação, mas a todos eles corresponderá uma estrutura básica definida pela Lei Federal específica.

O **Ministério da Saúde** representa, no âmbito Federal, a Direção Única do SUS de que trata o art. 198 da Constituição Federal. Significa dizer que o Ministro de Estado da Saúde é, no âmbito da União, a autoridade sanitária máxima. Compete assim, ao Ministro de Estado da Saúde, decidir em última instância sobre todas as questões relacionadas com a saúde no Brasil, notadamente se forem questões relacionadas com as competências do órgão federal no âmbito do SUS (na função normativa destaca-se a de estabelecer as normas gerais). Como veremos mais adiante, o Ministério da Saúde tem um papel estratégico na regulamentação e organização da atuação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. Nos estados e municípios, esse papel de regulação e organização será de responsabilidade dos secretários de saúde, em observância às normas gerais fixadas pela União, principalmente por meio do Ministério da Saúde.

Um grande avanço institucional do SUS encontra-se na existência de instituições jurídicas responsáveis pela consolidação, dentro de sua estrutura organizacional, de órgãos colegiados de participação da comunidade nas atividades do SUS. Destaque-se, nesse sentido, os **Conselhos e as Conferências Nacional, Estaduais e Municipais de saúde**, instituídos por força da Lei Federal 8.142/90.



## A DEMOCRACIA SANITÁRIA NA CF DE 1988

De acordo com o art. 1º da Lei 8.142/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde.

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

As Conferências de Saúde reúnem profissionais de todas as áreas para a discussão de indicadores de saúde, de questões administrativas e organizacionais do SUS, de questões de financiamento e gastos em saúde, enfim, as Conferências representam o momento maior do exercício da Democracia Sanitária no Brasil, devendo as autoridades públicas de saúde observar as deliberações das Conferências o mais fielmente possível.

Por sua vez, o **Conselho de Saúde** deve ter caráter permanente e deliberativo, tratando-se de um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

Os Conselhos de Saúde devem atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde. Além disso, a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Os Conselhos de Saúde possuem a importante função de fiscalizar o Sistema Único de Saúde para que as deliberações tomadas pelas Conferências de Saúde sejam efetivamente concretizadas pelas autoridades públicas responsáveis pela formulação e execução das ações e serviços públicos de saúde.

Os Conselhos de saúde são obrigatórios para todos os entes federativos do Brasil. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem criar, em seus respectivos âmbitos de atuação, os Conselhos de Saúde. A obrigatoriedade de instituição dos Conselhos de Saúde decorre do art. 4º da Lei 8.142/90, que dispõe que os Estados e os Municípios somente receberão os recursos federais ou estaduais - conforme o caso - destinados ao SUS quando contarem com Conselhos de Saúde, que devem possuir composição paritária. O parágrafo único do mesmo artigo prevê expressamente: "O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União".

Com relação aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a organização de suas instituições, da Administração direta ou indireta, também é regulada por leis específicas, aprovadas no âmbito de cada ente federativo. Em geral seguem a lógica da organização administrativa da Administração Pública Federal apresentam estrutura semelhante, não havendo grandes distinções com relação à organização da União. O que mudam são algumas terminologias e competências, sendo que na área da saúde tanto os Estados quanto os Municípios podem ter (e geralmente o tem) um órgão específico destinado a desenvolver as ações e serviços públicos de saúde, geralmente chamado de **Secretaria da Saúde**.

O Estado brasileiro ainda não possui as condições necessárias para cumprir integralmente o seu dever de garantir a saúde da população. Faltam hospitais, laboratórios, clínicas médicas, enfim, há carência estrutura básica para o atendimento universal da população. Resta assim, ao Estado Brasileiro, através da União, dos Estados e dos Municípios, utilizar-se de parceiros privados para a consecução dos seus objetivos constitucionais.

Trata-se da **saúde complementar**, ou seja, das ações e serviços de saúde que, embora sejam prestadas por pessoas jurídicas de direito privado, são consideradas ações e serviços públicos de saúde em razão da existência de uma relação jurídica específica, concretizada por contratos ou convênios firmados entre essas pessoas jurídicas e a União, os Estados ou os Municípios. Tal relação jurídica possui suas balizas legais traçadas pelo art. 199 da Constituição Federal e pelos artigos 24 a 26 da Lei 8.080/90.

## VOCÊ SABIA?

O Estado utiliza-se da iniciativa privada para aumentar e complementar a sua atuação em benefício da saúde da população. Ao firmar convênios e contratos com diversas pessoas jurídicas de direito privado que realizam ações e serviços de saúde o Estado Brasileiro as insere no âmbito das ações e serviços públicos de saúde, igualando-as àquelas prestadas diretamente por seus órgãos e entidades. Por firmarem contratos ou convênios com o Sistema Único de Saúde, integram esse Sistema e submetem-se a todas as suas diretrizes, princípios e objetivos, notadamente a gratuidade, integralidade e universalidade. Trata-se das instituições jurídicas voltadas às ações e serviços de saúde complementares ao SUS. Assim, os hospitais, as clínicas, os laboratórios, as organizações não governamentais, as organizações sociais de interesse público, enfim, as pessoas jurídicas de direito privado, filantrópicas ou não, que tiverem firmado contrato ou convênio com os órgãos e entidades que compõem o SUS serão consideradas, para todos os fins, instituições complementares ao SUS, compondo um campo que pode ser classificado como saúde complementar (ao SUS).

# AS COMPETÊNCIAS DO SUS

O art. 23, II, da CF dispõe ser competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios “cuidar da saúde e da assistência pública, da proteção e da garantia das pessoas portadoras de deficiência”. A competência comum definida pela Constituição Federal significa que todos os entes federativos do Brasil possuem atribuições voltadas à atenção à saúde. Em outras palavras, significa dizer que as ações e serviços públicos de saúde se situam dentro dos deveres constitucionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Não é por outra razão que a CF também estabelece a competência legislativa concorrente entre todos os entes federativos em matéria de proteção e defesa da saúde.

A fim de evitar a duplicidade de meios para fins idênticos a Lei 8.080/90 organiza a forma como será feita a distribuição, entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, das atribuições comuns estabelecidas pela CF para a defesa e proteção da saúde.

## COMPETÊNCIAS DO SUS PREVISTAS NA CF 1988

“Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”.

Além das competências expressamente previstas na CF, existem as competências delineadas pela Lei 8.080/90, que dispõe em seu art. 6º, incisos I a XI, sobre outras competências do Sistema Único de Saúde (SUS).

## CAMPO DE ATUAÇÃO DO SUS CONFORME A LEI 8.080/1990

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

A Lei 8.080/90 delinea a sua organização e a forma de coordenação de esforços entre as diversas instituições jurídicas que o compõe. **As ações e serviços de saúde**, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, **serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada** em níveis de complexidade crescente (art. 8º). Compete aos entes federativos articularem-se para dotar o sistema de mecanismos de integração e somatória de esforços que tornem o SUS mais eficiente, eficaz, ágil e resolutivo.

A organização do Sistema é feita dentro da diretriz da **descentralização política**, ou seja, distribuição dos serviços públicos de saúde entre os entes federativos de forma racional, eficaz e resolutiva. **Cada ente federativo possui competências específicas a serem desenvolvidas**, e é por isso que a Constituição e a Lei 8.080/90 afirmam que a cada esfera de governo deverá corresponder uma direção única, que será a responsável pelo pleno desenvolvimento das atribuições que estiverem sob sua área de competência.

# VOCÊ SABIA?

A ideia da direção única do SUS está associada à ideia de responsabilidade. Trata-se de uma importante delimitação das responsabilidades dos gestores do SUS no Brasil. É nessa linha que o art. 9º da Lei 8.080/90, detalhando o art. 198, II, da Constituição Federal, dispõe que:

“a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente”.

Os arts. 15 a 17 da Lei 8.080/90 dispõem sobre as competências e atribuições comuns e específicas a cada um dos entes federativos. Após definir as competências comuns a todos os entes federativos no art. 15, a Lei 8.080/90 divide as atribuições específicas de cada um, sendo o art. 16 dedicado às competências da União, o art. 17 dedicado às competências dos Estados e o art. 18 dedicado às competências dos Municípios. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios (art. 19).

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB) tem como finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Art. 30, incisos V e VII e artigo 32, parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

A lógica da descentralização transfere aos **Municípios** a importante tarefa de realizar e prestar diretamente - ou por terceiros conveniados ou contratados - as ações e os serviços públicos de atenção básica para a população de seu território.

Aos **Estados** caberá quatro papéis fundamentais: exercer o papel de Gestor estadual do SUS; promover as condições e incentivar os Municípios para que assumam a gestão da atenção à saúde de seus munícipes, sempre na perspectiva da atenção integral; assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade e; exercer o seu papel mais importante, que é o de promover a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS estadual.

No que se refere ao **Gestor Federal do SUS** (Ministério da Saúde) a NOB identifica quatro papéis básicos: exercer a gestão do SUS no âmbito nacional; promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS - Estadual; fomentar a

harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS - Nacional e; exercer as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

A definição dos papéis dos gestores municipais, estaduais e federal é fundamental para que o SUS se torne uma realidade e, mais do que isso, um Sistema operacional e eficaz, um modelo de respeito à dignidade humana e de organização estatal para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A integração entre os diversos gestores do SUS e a harmonização das ações e serviços realizados por suas diferentes instituições é essencial para o aperfeiçoamento do Sistema.

Neste cenário, os agentes comunitários de saúde desempenham um papel de alta relevância pública e estratégico no desenho das políticas de saúde brasileiras, em especial no campo da atenção básica junto aos municípios.

Como pudemos atestar, as competências do SUS encontram-se bem delineadas, desde a CF até a Portaria que define a Norma Operacional Básica do SUS. As instâncias de articulação criadas constituem importantes instrumentos para o aperfeiçoamento do SUS e vêm assumindo, a cada dia, importância estratégica para a implementação do SUS e a promoção, proteção e recuperação da saúde no país.

## AS COMPETÊNCIAS DO SUS

O SUS possui objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS estabelecidos pela Constituição Federal e pela legislação sanitária brasileira.

### OBJETIVOS

Os objetivos do SUS estão mencionados na Constituição Federal e na Lei 8.080/90.

A Constituição Federal define como objetivos do Sistema Único de Saúde a redução de riscos de doenças e de outros agravos à saúde bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196).

A Lei 8.080/90 foi mais específica, definindo em seu art. 5º, como objetivos do SUS:

“Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.”

Ao definir os objetivos do SUS a Lei 8.080/90 lembra que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Significa dizer que, embora o Estado seja obrigado a tomar todas as medidas necessárias para a proteção do direito à saúde da população, as pessoas também possuem responsabilidade sobre sua própria saúde e sobre a saúde do seu ambiente de vida, de sua família, de seus colegas de trabalho, enfim, todos têm a obrigação de adotar atitudes que protejam e promovam a saúde individual e coletiva, como a higiene, a alimentação equilibrada, a realização de exercícios etc.

## → | RESUMO | ←

### OBJETIVOS DO SUS

- Os objetivos do SUS estão mencionados na Constituição Federal e na Lei 8.080/90.
- A Constituição Federal define como objetivos do Sistema Único de Saúde:
  - **a redução de riscos de doenças e de outros agravos à saúde**
  - **acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação** (art. 196).
- A Lei 8.080/90 foi mais específica, definindo em seu art. 5º, como objetivos do SUS:

“Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.”

### PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS

A Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde, definindo-o no seu art. 198 como o conjunto de ações e serviços públicos de saúde. O Sistema Único de Saúde encontra-se sujeito aos princípios jurídicos constitucionais que o orientam. Tais princípios vinculam todos os atos realizados no âmbito do Sistema.

Os dois primeiros grandes princípios do SUS estão definidos no art. 196 da Constituição: o Estado deve garantir o **acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde**. Protege-se, aqui, o princípio da **universalidade** (atender a todos sem exceção e discriminação) e da **igualdade** (todos receberão do Estado os mesmos serviços públicos de saúde, e estarão sujeitos às mesmas portas de entrada).

Outro importante princípio constitucional do SUS é o princípio da **regionalização**.

No que se refere à regionalização, vale destacar o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8080/90 dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.



## REGIÃO DE SAÚDE

O artigo 2º, I, do Decreto 7.508/2011, conceitua como região de saúde o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

O artigo 4º do Decreto 7508/2011, por sua vez, estabelece que as regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

Quando necessário, poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

Vê-se, assim, que o **planejamento e a articulação interfederativa** são instrumentos fundamentais para a regionalização do SUS e das ações de vigilância em saúde.

A regionalização afigura-se, portanto, em um necessário processo de articulação interfederativa visando potencializar a ação pública, incluindo as ações de vigilância em saúde. União, Estados, Distrito Federal e Municípios devem cooperar entre si para que a articulação seja realizada e amplie, com isso, a eficiência, eficácia, efetividade e economicidade do SUS.

## DIRETRIZES

O art. 198 da CF complementa os princípios do SUS com três diretrizes básicas diretrizes que orientam a sua atuação. São diretrizes do SUS:

- **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;
- **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e;
- **participação da comunidade e financiamento permanente** com vinculação de recursos orçamentários.

A diretriz de **descentralização** com direção única em cada esfera de governo significa que, no âmbito da descentralização política do SUS, cada Município, cada Estado, o Distrito Federal e a União devem capacitar-se para a execução de atribuições relacionadas com a promoção, proteção e recuperação da saúde. Significa também que cada um desses entes federativos terá uma Direção Única. Como dispõe o inciso IX do art. 7º da Lei 8.080/90, constitui uma diretriz do SUS a “*descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo*”. E o referido dispositivo legal ainda detalha que tal descentralização deverá ter “*ênfase na descentralização dos serviços para os municípios*” e *deverá respeitar um processo de “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”*.

A segunda diretriz oferecida pela Constituição dispõe que o SUS deve oferecer “**atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais**”. O art. 7º da Lei 8.080/90 dispõe em seus incisos I e II que são diretrizes do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” e a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

A terceira diretriz oferecida pela Constituição para o SUS é a da **participação da comunidade**, reforçada pelo art. 7º da Lei 8.080/90 e pela Lei 8.142/90. Trata-se de diretriz que impõe aos agentes públicos a criação de mecanismos de participação da comunidade na formulação, gestão e execução das ações e serviços públicos de saúde, incluindo aí a normatização. A Lei 8.142/90 criou duas instituições jurídicas importantes que institucionalizam a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (as Conferências e os Conselhos de saúde), mas nada impede – pelo contrário, tudo orienta – o Poder Público de criar novos mecanismos de participação da comunidade na gestão da coisa pública, como os plebiscitos, referendos, audiências públicas, consultas públicas etc.

# → | RESUMO | ←

## PRINCÍPIOS E DIRETRIZES CONSTITUCIONAIS DO SUS

- **Universalidade;**
- **Igualdade;**
- **Equidade;**
- **Regionalização;**
- **Descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;
- **Atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e;
- **Participação da comunidade e financiamento permanente** com vinculação de recursos orçamentários.

## DIREITOS E DEVERES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A **primeira formalização** jurídica mais consistente, em âmbito nacional, **sobre os direitos e deveres dos agentes comunitários de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde deu-se no âmbito da Estratégia de Saúde da Família - ESF**. Esta estratégia, ainda vigente, tem como objetivo principal a reorganização da atenção à saúde no Brasil, visando contribuir para o aprimoramento e a consolidação do SUS. A Portaria MS nº 1.886/1997 estabelecia o número de pessoas e famílias a serem acompanhadas pelos ACSs no âmbito da ESF e definia que o ACS deveria ser morador há pelo menos dois anos da área em que atuaria. Com o passar dos anos, os ACSs tornaram-se essenciais na promoção de mudanças no modelo assistencial e fortalecimento da atenção básica. Assim, a construção dos direitos e deveres dos ACSs no Brasil é uma história de mais de três décadas, com uma evolução que marca a sua importância para o SUS e para a atenção básica no Brasil.

Atendendo às demandas políticas e econômicas, **o Agente Comunitário de Saúde tornou-se profissão em 2002, por meio da aprovação da Lei nº 10.507/02** que, em relação à formação, estabelece a necessidade de conclusão do Ensino Fundamental. Em **2004** é criado o Curso Técnico de ACS, elaborado pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação, voltado à formação de quadros técnicos qualificados para serem ACSs no país.

Em 2006 o Congresso Nacional aprovou e promulgou a Emenda Constitucional n. 51, que inseriu na Constituição Federal relevantes dispositivos regulamentando a profissão dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, de acordo com as suas necessidades e especificidades para o SUS (Art. 198, parágrafos 4º a 6º).

No mesmo ano de 2006 foi aprovada a **Lei 11.350/2006, que regulamentou a Emenda Constitucional n. 51, estabelecendo as grandes bases jurídicas de atuação dos ACSs no Brasil.**

Em **2007 foi aprovada e publicada a Lei nº 11.585, que instituiu o dia 4 de outubro como o Dia Nacional do ACS.**

Em 2010, foi aprovada nova **Emenda Constitucional, a EC 63/2010**, que introduziu o § 5º no art. 198 da CF, estabelecendo **a necessidade de ser aprovada uma Lei federal para regulamentar 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.** No mesmo dispositivo está previsto que compete 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. Este dispositivo deu status constitucional à Lei 11.350/2006, reforçando ainda mais a importância deste profissional para o SUS.

Mais recentemente, em 2022, mais uma Emenda Constitucional foi aprovada para organizar a atuação dos ACSs no Brasil, demonstrando a importância e força destes profissionais no país. São três Emendas Constitucionais para tratar destes profissionais, revelando um cuidado que nenhuma outra profissão no país recebeu dos legisladores constitucionais. Assim, **a Emenda Constitucional n. 120, de 2022, acrescentou os §§ 7º, 8º, 9º, 10 e 11 ao art. 198 da Constituição, para dispor sobre a responsabilidade financeira da União na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias.**

Desta forma, para se compreender de forma abrangente os direitos e deveres dos ACSs no Brasil, importante destacar os principais dispositivos Constitucionais e legais que regulam a profissão.

## → | RESUMO | ←

### DIREITOS E DEVERES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

- A **primeira formalização jurídica sobre os direitos e deveres dos agentes comunitários de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde deu-se no âmbito da Estratégia de Saúde da Família - ESF.**
- Portaria MS nº 1.886/1997: estabelecia o número de pessoas e famílias a serem acompanhadas pelos ACSs no âmbito da ESF e definia que o ACS deveria ser morador há pelo menos dois anos da área em que atuaria.
- O **Agente Comunitário de Saúde tornou-se profissão em 2002, por meio da aprovação da Lei nº 10.507/02** que, em relação à formação, estabelece a necessidade de conclusão do Ensino Fundamental.
- **Lei 11.350/2006 regulamentou a Emenda Constitucional n. 51, estabelecendo as grandes bases jurídicas de atuação dos ACSs no Brasil.**

- Em **2007** foi aprovada e publicada a **Lei nº 11.585**, que instituiu o dia **4 de outubro** como o **Dia Nacional do ACS**.
- Em 2010, foi aprovada nova **Emenda Constitucional**, a **EC 63/2010**.
- Estabelece a **necessidade de ser aprovada uma Lei federal para regulamentar 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**.
- **Emenda Constitucional n. 120, de 2022**, dispõe sobre a **responsabilidade financeira da União na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias**.

## OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Como acima detalhado, foram sucessivas as Emendas Constitucionais promulgadas para regular as profissões dos ACSs em nível Constitucional. Convém, portanto, um olhar mais detalhado aos §§ 4º a 11 do art. 198 da Constituição Federal vigente hoje para se ter uma ideia do tratamento que a Constituição confere a estes profissionais, definindo seus direitos e deveres em nível constitucional.

De acordo com o § 4º do art. 198, “os gestores locais 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 complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação”. Este dispositivo foi introduzido na CF para permitir aos gestores do SUS, nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), a contratação dos ACSs por meio de processo seletivo diferenciado dos concursos públicos em geral, na medida em que para se selecionar os ACSs é necessário que se comprove que os mesmos possuem vínculos pessoais com o território onde irão atuar, dentre outras qualificações que não são passíveis de serem enquadradas nas regras gerais de concursos públicos para admissão de servidores públicos pelo Estado brasileiro.

Já o §5º do art. 198 da CF prevê que uma lei federal deve ser aprovada pelo Congresso Nacional para dispor 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. Este dispositivo, introduzido pela EC 63/2010, deu ainda mais força ao que já vinha sendo tratado pela Lei 11.350/2006, que será objeto de atenção detalhada em tópico específico.

Já o § 6º do art. 198 da CF foi introduzido para estipular que os ACSs, devido às suas características próprias, podem perder o cargo não somente em decorrência das hipóteses previstas no § 1º do art. 41

(hipóteses que admitem que um servidor estável perca seu cargo, como por exemplo sentença judicial transitada em julgado, processo administrativo com ampla defesa e contraditório ou desempenho insatisfatório) e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal (redução de pessoal efetivo em decorrência de questões macroeconômicas), mas também em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício (como por exemplo residir no território onde atua como ACS).

Conforme estipulado pela EC 120/2022, que tratou dos vencimentos dos ACSs, o vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias fica sob responsabilidade da União, e cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer, além de outros consectários e vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações, a fim de valorizar o trabalho desses profissionais (art. 198, §7º). Para tanto, no que diz respeito à União, os recursos destinados ao pagamento do vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva (art. 198, §8º).

O § 9º do art. 198 da CF, incluído pela EC 120/2022, prevê o piso do vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias. Segundo o novo dispositivo constitucional, o vencimento dos ACSs não será inferior a 2 (dois) salários mínimos, repassados pela União aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal. Conforme previsto no §7º, este valor pode ser ampliado com recursos dos Estados e Municípios, por meio de vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações, a fim de valorizar o trabalho desses profissionais.

Outro importante direito dos ACSs consagrado pela Constituição por meio da EC 120/2022 foi o de aposentadoria especial e, somado aos seus vencimentos, adicional de insalubridade. Com efeito, o §10º do art. 198 da CF dispõe que *“os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias terão também, em razão dos riscos inerentes às funções desempenhadas, aposentadoria especial e, somado aos seus vencimentos, adicional de insalubridade”*.

Finalmente, completando o tratamento constitucional dos ACSs, o § 11 do art. 198 da CF agora dispõe que *“os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal”*. Trata-se de importante contribuição para possibilitar remuneração adequada aos ACSs, na medida em que exclui do cálculo da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000), pela União, dos valores repassados a Estados e Municípios para fins de remuneração destes profissionais.

Como se pode notar, os direitos dos ACSs estão assegurados constitucionalmente e representam verdadeira garantia para que possam desempenhar suas funções com excelência e de acordo com as expectativas e necessidades da população atendida pelo SUS.

Outro importante texto legal que merece ser aqui detalhado é a Lei 11.350/2006, que regulamenta o §5º do art. 198 da CF.

## DIREITOS CONSTITUCIONAIS DO ACS

Os gestores locais 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 complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

Lei federal deve ser aprovada pelo Congresso Nacional para dispor 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.

Compete 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.

O vencimento dos ACSs não será inferior a 2 (dois) salários mínimos, repassados pela União aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal. Conforme previsto no §7º, este valor pode ser ampliado com recursos dos Estados e Municípios, por meio de vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações, a fim de valorizar o trabalho desses profissionais.

Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias terão também, em razão dos riscos inerentes às funções desempenhadas, aposentadoria especial e, somado aos seus vencimentos, adicional de insalubridade.

## DEVERES CONSTITUCIONAIS DO ACS

Os ACSs devem observar os deveres inerentes ao exercício profissional de uma função pública, válidos para qualquer servidor público, tais como os seguintes deveres:

- respeito à legalidade
- zelo no cumprimento de suas funções;
- tratamento cordial e pacífico dos colegas e cidadãos
- respeito ao princípio da moralidade
- respeito ao princípio da impessoalidade
- atuação com eficiência
- publicidade de seus atos
- proporcionalidade em sua ação
- razoabilidade em sua conduta

Devido às suas características próprias, os ACSs podem perder o cargo por sentença judicial transitada em julgado, após processo administrativo com ampla defesa e contraditório ou quando apresentar desempenho insatisfatório.

Também podem perder o cargo nas hipóteses de redução de pessoal efetivo em decorrência de questões macroeconômicas.

Os ACSs também podem perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício (como por exemplo residir no território onde atua como ACS).

## DEVERES DOS ACSS PREVISTOS NA LEI 11.350/2006

Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias **devem desempenhar com zelo e presteza as atividades previstas na Lei 11.350/2006.**

Conforme estabelecido pelo Art. 6º da Lei 11.350/2006, o Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes **requisitos para o exercício da atividade:**

- I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
- II - ter concluído, com aproveitamento, curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas;
- III - ter concluído o ensino médio.

Quando não houver candidato inscrito que preencha o requisito previsto no inciso III do caput deste artigo, poderá ser admitida a contratação de candidato com ensino fundamental, que deverá comprovar a conclusão do ensino médio no prazo máximo de três anos.

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 (Lei 11.350/2006, art. 3º).

No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, é considerada **atividade precípua do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação,**





**a realização de visitas domiciliares rotineiras, casa a casa, para a busca de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de eventos de importância para a saúde pública e consequente encaminhamento para a unidade de saúde de referência** (Lei 11.350/2006, art. 3º, § 2º).

O § 3º do Art. 3º da Lei em comento apresenta as atividades típicas (deveres funcionais) dos Agentes Comunitários de Saúde em sua área geográfica de atuação.

## **ATIVIDADES TÍPICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL** (Art. 3º, §3º, da Lei 11.350/2006)

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).

## **ATIVIDADES COMPLEMENTARES DOS ACSs QUE POSSUEM CURSO TÉCNICO CONCLUÍDO**

O §4º do Art. 3º da Lei 11.350/2006 dispõe que, no modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, **desde que o Agente Comunitário de Saúde tenha concluído curso técnico e tenha disponíveis os equipamentos adequados, são atividades do Agente, em sua área geográfica de atuação, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe:**

I - a aferição da pressão arterial, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;

II - a medição de glicemia capilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;

III - a aferição de temperatura axilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, com o devido encaminhamento do paciente, quando necessário, para a unidade de saúde de referência;

IV - a orientação e o apoio, em domicílio, para a correta administração de medicação de paciente em situação de vulnerabilidade;

V - a verificação antropométrica.

## **ATIVIDADES COMPARTILHADAS DOS ACSs COM OUTROS MEMBROS DA EQUIPE**

O §5º do mesmo artigo, quando trata do modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, estabelece que são consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde compartilhadas com os demais membros da equipe, em sua área geográfica de atuação:

I - a participação no planejamento e no mapeamento institucional, social e demográfico;

II - a consolidação e a análise de dados obtidos nas visitas domiciliares;

III - a realização de ações que possibilitem o conhecimento, pela comunidade, de informações obtidas em levantamentos socioepidemiológicos realizados pela equipe de saúde;

IV - a participação na elaboração, na implementação, na avaliação e na reprogramação permanente dos planos de ação para o enfrentamento de determinantes do processo saúde-doença;

V - a orientação de indivíduos e de grupos sociais quanto a fluxos, rotinas e ações desenvolvidos no âmbito da atenção básica em saúde;

VI - o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação de ações em saúde;

VII - o estímulo à participação da população no planejamento, no acompanhamento e na avaliação de ações locais em saúde.



## ACS E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

O Agente Comunitário de Saúde e o Agente de Combate às Endemias realizarão atividades de forma integrada, desenvolvendo mobilizações sociais por meio da **Educação Popular em Saúde**, dentro de sua área geográfica de atuação, especialmente (Art. 4º-A):

I - na orientação da comunidade quanto à adoção de medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores, de medidas de proteção individual e coletiva e de outras ações de promoção de saúde, para a prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial e agravos causados por animais peçonhentos;

II - no planejamento, na programação e no desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, de forma articulada com as equipes de saúde da família;

IV - na identificação e no encaminhamento, para a unidade de saúde de referência, de situações que, relacionadas a fatores ambientais, interfiram no curso de doenças ou tenham importância epidemiológica;

V - na realização de campanhas ou de mutirões para o combate à transmissão de doenças infecciosas e a outros agravos.

# DIREITOS DOS ACSS PREVISTOS NA LEI 11.350/2006

De acordo com o Art. 4º-B da Lei 11.350/2006, **deverão ser observadas as ações de segurança e de saúde do trabalhador, notadamente o uso de equipamentos de proteção individual e a realização dos exames de saúde ocupacional, na execução das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.**

**A lei veda expressamente a atuação do Agente Comunitário de Saúde fora da área geográfica em que atuar,** sendo que compete ao ente federativo responsável pela execução dos programas relacionados às atividades do Agente Comunitário de Saúde a definição da área geográfica de atuação do ACS.

O §5º do Art. 6º da Lei 11.350/2006 prevê uma **exceção à regra acima mencionada, para os casos em que o Agente Comunitário de Saúde adquira casa própria fora da área geográfica de sua atuação.** Nestes casos, será excepcionada a exigência de morar no local em que atua, devendo assim ser mantida sua vinculação à mesma equipe de saúde da família em que esteja atuando, podendo ser remanejado, na forma de regulamento, para equipe atuante na área onde está localizada a casa adquirida.

No que se refere a **direitos trabalhistas**, o Art. 8º da Lei estipula que os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, na forma do disposto no § 4º do art. 198 da Constituição, **submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa.** Há, portanto, a regra geral, que é a vinculação à CLT, mas em nome da autonomia dos entes federativos os Estados, o DF e os Municípios poderão estipular de forma diversa em lei, desde que garantidos os direitos trabalhistas inerentes à CLT ou ao vínculo estatutário.

Conforme dispõe o Art. 9º da Lei 11.350/2006, **a contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público** de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Conforme o Art. 9º-A da Lei 11.350/2006, o **piso salarial** profissional nacional é o valor abaixo do qual a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios não poderão fixar o vencimento inicial das Carreiras de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias para a jornada de 40 (quarenta) horas semanais. Como acima já exposto, o novo piso nacional foi fixado pela Constituição Federal por meio da EC 120/2022, no valor de dois salários mínimos.

A **jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais** exigida para garantia do piso salarial previsto nesta Lei será integralmente dedicada às ações e aos serviços de promoção da saúde, de vigilância epidemiológica e ambiental e de combate a endemias em prol das famílias e das comunidades assistidas, no âmbito dos respectivos territórios de atuação, e assegurará aos Agentes Comunitários de Saúde e aos Agentes de Combate às Endemias participação nas atividades de planejamento e avaliação de ações, de detalhamento das atividades, de registro de dados e de reuniões de equipe.

A Lei 11.350/2006 também assegura que o **exercício de trabalho de forma habitual e permanente em con-**





**dições insalubres**, acima dos limites de tolerância estabelecidos pelo órgão competente do Poder Executivo federal, garante aos agentes a percepção de **adicional de insalubridade**, calculado sobre o seu vencimento ou salário-base.

As **condições climáticas da área geográfica de atuação devem ser consideradas na definição do horário para cumprimento da jornada de trabalho dos agentes.**

Por sua vez, o Art. 9º-G da Lei 11.350/2006 estabelece que os **planos de carreira** dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias deverão obedecer às seguintes diretrizes:

I - remuneração paritária dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias;

II - definição de metas dos serviços e das equipes;

III - estabelecimento de critérios de progressão e promoção;

IV - adoção de modelos e instrumentos de avaliação que atendam à natureza das atividades, assegurados os seguintes princípios:

a) transparência do processo de avaliação, assegurando-se ao avaliado o conhecimento sobre todas as etapas do processo e sobre o seu resultado final;

b) periodicidade da avaliação;

c) contribuição do servidor para a consecução dos objetivos do serviço;

d) adequação aos conteúdos ocupacionais e às condições reais de trabalho, de forma que eventuais condições precárias ou adversas de trabalho não prejudiquem a avaliação;

e) direito de recurso às instâncias hierárquicas superiores

Compete ao **ente federativo** ao qual o Agente Comunitário de Saúde ou o Agente de Combate às Endemias estiver vinculado **fornecer ou custear a locomoção necessária para o exercício das atividades, conforme regulamento do ente federativo** (Art. 9º-H).

No que se refere à perda do cargo pelo ACS, o Art. 10 da Lei 11.350/2006 estipula que a **administração pública somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde** ou do Agente de Combate às Endemias, de acordo com o regime jurídico de trabalho adotado, na ocorrência de uma das **seguintes hipóteses**:

I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;

II - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;

III - necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da Lei nº 9.801, de 14 de junho de 1999 ; ou

IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.

O Parágrafo único do Art. 10 dispõe que, no caso do Agente Comunitário de Saúde, o contrato também poderá ser rescindido unilateralmente na hipótese de não-atendimento ao disposto no inciso I do art. 6º, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

## → | RESUMO | ←

### DIREITOS DOS ACSs

- **Deverão ser observadas as ações de segurança e de saúde do trabalhador, notadamente o uso de equipamentos de proteção individual e a realização dos exames de saúde ocupacional, na execução das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.**
- **A lei veda expressamente a atuação do Agente Comunitário de Saúde fora da área geográfica em que atuar.**
- **Exceção à regra acima mencionada, para os casos em que o Agente Comunitário de Saúde adquira casa própria fora da área geográfica de sua atuação.**
- **Direitos trabalhistas**, os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, na forma do disposto no § 4º do art. 198 da Constituição, **submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa.**
- **A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público** de provas ou de provas e títulos.
- Piso salarial de dois salários mínimos.
- **A jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais.**
- **Planos de carreira** dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias deverão obedecer às seguintes diretrizes:
  - I - remuneração paritária dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias;
  - II - definição de metas dos serviços e das equipes;

- III - estabelecimento de critérios de progressão e promoção;
- IV - adoção de modelos e instrumentos de avaliação que atendam à natureza das atividades,
- **Administração pública somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde** ou do Agente de Combate às Endemias, de acordo com o regime jurídico de trabalho adotado, na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:
  - I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;
  - II - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;
  - III - necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da Lei nº 9.801, de 14 de junho de 1999 ; ou
  - IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Agentes Comunitários de Saúde representam uma força de trabalho essencial ao bom funcionamento do SUS e tiveram esse reconhecimento dado tanto pela Constituição Federal como pela Legislação que regulamenta a profissão no Brasil.

A recente promulgação da EC 120/2022, que aprovou um piso nacional constitucional para os ACS, representou um avanço significativo nos direitos destes profissionais.

Os direitos e deveres dos ACSs, hoje consolidados pela Constituição e legislação pertinente, são garantias jurídicas não apenas destinadas a tornar mais claros os parâmetros de atuação dos agentes e dos gestores aos quais estão vinculados, mas representam, principalmente, uma garantia à população brasileira que tem nos Agentes Comunitários de Saúde um profissional essencial para o bom desenvolvimento das principais políticas públicas desenvolvidas pelo SUS para a melhoria dos indicadores de saúde no Brasil, notadamente a Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família.



 |  @ACASADOSAGENTES

 [ACASADOSAGENTES.ORG.BR](https://acasadosagentes.org.br)

# A CASA É SUA, ACE E ACS.

Um espaço de conexão, aprendizado, aprimoramento e troca. Construimos com muito carinho essa estrutura para oferecer acolhimento e apoio em todos os aspectos da sua profissão.

