

AGENTE DE SAÚDE

DA IMPLANTAÇÃO À PROFISSIONALIZAÇÃO
VERTICALIZADA, RISCOS PARA A
DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS



AGENTE DE SAÚDE

***DA IMPLANTAÇÃO À PROFISSIONALIZAÇÃO
VERTICALIZADA, RISCOS PARA A
DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS***

Brasília/DF



2026



Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte. Todavia, a reprodução não autorizada para fins comerciais desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais, conforme Lei 9.610/1998.

Impresso no Brasil.

Catalogado na fonte pela Confederação Nacional de Municípios

M189a Magalhães, Denilson Ferreira de
Agente de saúde: da implantação à profissionalização verticalizada,
riscos para a descentralização do SUS / Denilson Ferreira de Magalhães
... [et al.]. -- Brasília: CNM, 2026.
33 p. -- il.

Disponível em: <https://www.cnm.org.br>
Inclui referências
ISBN 978-85-8418-165-0

1. Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). 2. Legislação. 3. Atenção Primária à Saúde (APS). 4. Sistema Único de Saúde (SUS). 5. Descentralização. I. Título.

CDD 363

Ficha catalográfica elaborada por: Daiane S. Y. Valadares CRB-1/2802

Autores

Denilson Ferreira de Magalhães
Guilherme Krieger
Lorranny Rosa de Jesus Xavier
Midya Hemilly Gurgel de Souza
Rita Aparecida da Silva Bartole

Revisão técnica

Denilson Ferreira de Magalhães

Revisão de textos

Keila Mariana de O. Pacheco – KM Publicações

Revisão editorial

Daiane da Silva Yung Valadares

Diagramação e capa

Eduardo Viana – Themaz Comunicação



Diretoria **CNM** 2024-2027

CONSELHO DIRETOR

Presidente • **Paulo Roberto Ziulkoski**
1º Vice-Presidente • **Marcos Vinicius da Silva Bizarro**
2º Vice-Presidente • **Gisele Tonchis**
3º Vice-Presidente • **Ivo Rezende Aragão**
4º Vice-Presidente • **Rafael Machado**
5º Vice-Presidente • **Joner Chagas**
1º Secretário • **Edimar Aparecido Pereira dos Santos**
2º Secretário • **Hudson Pereira de Brito**
3º Secretário • **José Antônio Vasconcelos da Costa**
1º Tesoureiro • **Francisco Nélío Aguiar da Silva**
2º Tesoureiro • **Fernando Sérgio Lira**
3º Tesoureiro • **José Carlos de Matos Soares**

CONSELHO FISCAL

Titular • **Josafá Almeida Lima**
Titular • **Carlos Sampaio Duarte**
Titular • **Silvany Yanina Mamlak**
1º Suplente • **José Adinan Ortolan**
2º Suplente • **Walter José Lessa**
3º Suplente • **Paulo Ricardo Salermo**

CONSELHO DE REPRESENTANTES REGIONAIS

Titular da região Nordeste • **Eduardo Gonçalves Tabosa Júnior**
Suplente da região Nordeste • **Joaquim José de Medeiros**
Titular da região Sul • **Mário Afonso Woitexem**
Suplente da região Sul • **Amin José Hannouche**
Titular da região Sudeste • **Jucélio Fernandes de Oliveira**
Suplente da região Sudeste • **Luciano Miranda Salgado**
Titular da região Norte • **Jurandir de Oliveira Araújo**
Suplente da região Norte • **Jair Aguiar Souto**
Titular da região Centro-Oeste • **Wilson Tavares de Sousa Júnior**
Suplente da região Centro-Oeste • **Neurilan Fraga**

Carta do Presidente

Prezados(as) municipalistas,

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) integra a organização da Atenção Primária à Saúde como estratégia de articulação entre os serviços e o território. Nesse contexto, os agentes comunitários de saúde e de combate às endemias atuam na execução de ações previstas nas políticas públicas de saúde, envolvendo o acompanhamento de famílias, o registro de informações e a realização de atividades de prevenção e controle, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela gestão municipal.

A partir dessa estrutura organizacional, observa-se, no contexto recente, a intensificação da edição de normativas de caráter verticalizado, frequentemente dissociadas das realidades locais. Tal movimento, ao impor diretrizes e encargos sem a devida pactuação federativa e sem a correspondente previsão de financiamento, tensiona a autonomia municipal e compromete o equilíbrio entre competências e responsabilidades no âmbito do SUS. As implicações, de natureza jurídica, administrativa e financeira, demandam cuidado redobrado por parte dos gestores municipais e evidenciam a necessidade de instrumentos que subsidiem a tomada de decisão.

É nesse cenário que se insere a presente cartilha, concebida como instrumento de orientação, reflexão e apoio técnico. Ao longo do material, são apresentados elementos que permitem uma leitura crítica do contexto atual, seus desdobramentos e os pontos sensíveis para a gestão local. O conteúdo explicita os impactos concretos das medidas recentes sobre os Municípios, especialmente diante da recorrente transferência de responsabilidades sem a devida previsão de financiamento, oferecendo subsídios para uma atuação firme, estratégica e alinhada aos princípios do SUS, com respeito ao pacto federativo e às competências de cada Ente.

Boa leitura e bom trabalho a todos!

Paulo Ziulkoski

Presidente da CNM



Lista de Abreviaturas e Siglas

ACE – Agente de Combate às Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CNM – Confederação Nacional de Municípios

CF – Constituição Federal

eAP – Equipe de Atenção Primária

eMulti – Equipe Multiprofissional

EPI – Equipamento de Proteção Individual

eSB – Equipe de Saúde Bucal

eSF – Equipe de Saúde da Família

e-SUS AB – Sistema eletrônico de Informação da Atenção Básica

GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

MS – Ministério da Saúde

Pacs – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PEC – Projeto de Emenda Constitucional

PLP – Projeto de Lei Complementar

Pnab – Política Nacional de Atenção Básica à Saúde

Pnacs – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

Siab – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

Tacs – Técnico em Agentes Comunitários de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

8	1. Introdução
10	2. Entendendo o PACS: trajetória e fundamentos
15	3. Da implantação à profissionalização: novos contornos do PACS
17	4. A escalada da legislação verticalizada
22	5. Implicações jurídicas e trabalhistas decorrentes da legislação federal
26	6. Os riscos para a descentralização do SUS e seus reflexos na gestão municipal
28	7. Considerações finais
30	Referências

1. Introdução

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) é uma das iniciativas mais importantes e potentes da história da saúde pública no Brasil. Ele nasceu da ideia de que as pessoas que vivem no território conhecem melhor a realidade local e, por isso, podem se apoiar no cuidado integral da saúde da população. Desde as primeiras experiências no Ceará, na década de 80, até sua expansão para todo o país, nos anos 90, o Pacs se tornou um marco na efetivação da Atenção Primária à Saúde (APS) e ajudou a fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde a concepção inicial do Programa, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi idealizado como o elo entre a comunidade e o serviço de saúde. O ACS é o membro da equipe da APS que convive diariamente e conhece o território de atuação, acompanha de perto suas necessidades e leva informações que ajudam a prevenir doenças e promover a saúde. Seu importante e influente papel mobiliza e envolve as comunidades nas campanhas, ações e serviços primários de saúde.

No decorrer dos anos, inúmeras emendas constitucionais, leis e portarias foram sendo criadas para reconhecer e valorizar o trabalho do ACS. Esses instrumentos constitucionais, legais e infralegais regulamentadores trouxeram importantes conquistas trabalhistas e uma maior segurança para quem exerce a atividade. Entretanto, trouxeram também enormes desafios para a gestão municipal, isso porque muitas regras passaram a ser definidas de forma verticalizada pelo Congresso Nacional e pelo governo federal, limitando e interferindo diretamente na autonomia dos Municípios em fazer gestão sobre o trabalho desses profissionais, que em sua maioria são servidores ou empregados municipais.

Porém, em meio aos inúmeros normativos, nem o Legislativo e nem o Executivo federal assumem o risco de afastá-los do seu papel principal, que é o de se fazer presente no território e fortalecer o vínculo da comunidade com os serviços de saúde, como membro partícipe de uma equipe multiprofissional de APS.

A presente cartilha apresenta a história do Pacs, explica como ele evoluiu ao longo dos anos e discute os efeitos das mudanças na legislação, os seus impactos nos Municípios e os riscos para o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, com ênfase na municipalização.

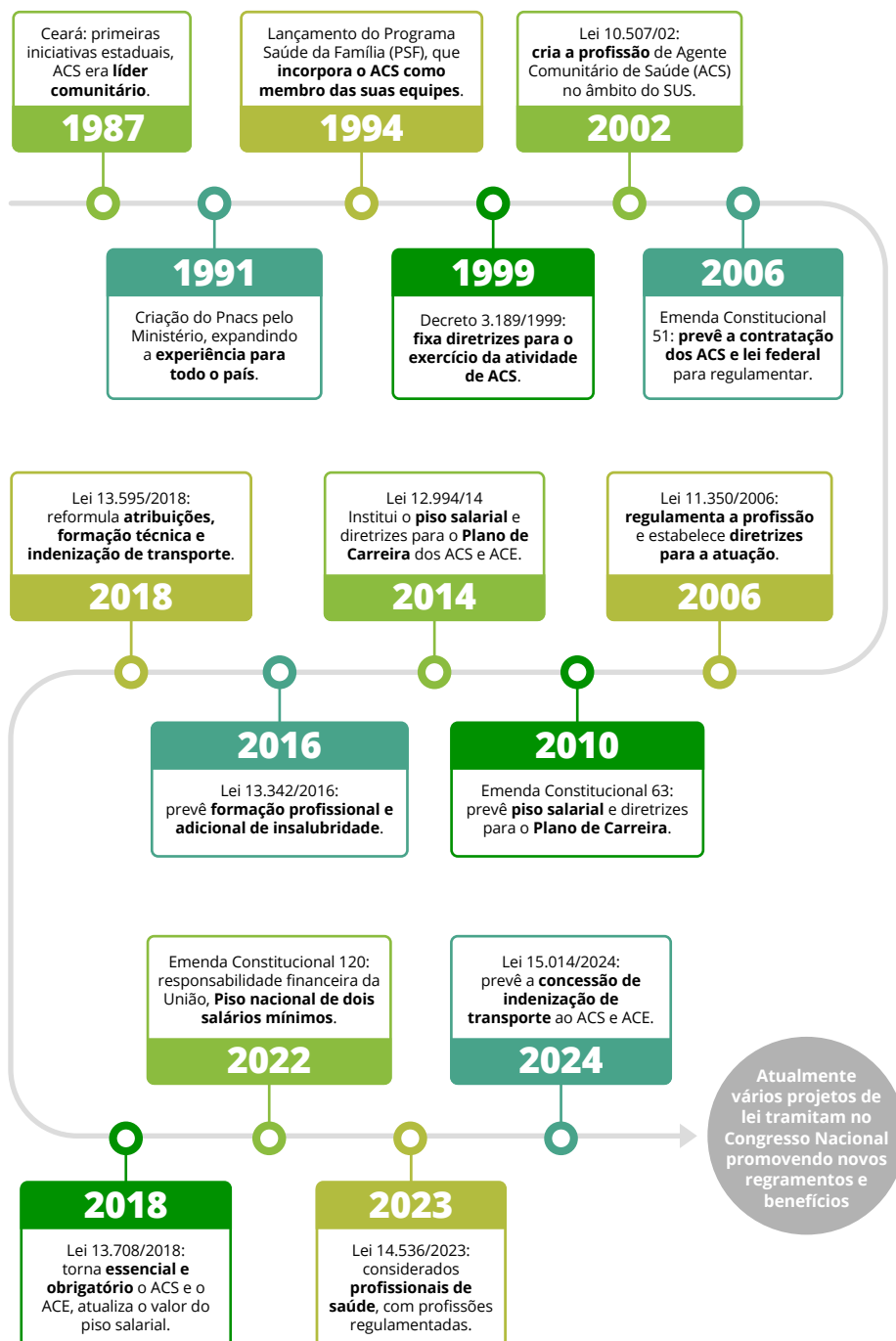
2. Entendendo o PACS: trajetória e fundamentos

O Pacs é uma das bases históricas da APS no Brasil e é peça-chave para a efetivação do SUS. Está vinculado à principal porta de entrada aos serviços de saúde do SUS, a Atenção Primária à Saúde, presente em 100% dos Municípios brasileiros e sob suas responsabilidades. Sua trajetória foi marcada pela inserção de membros da comunidade – líderes comunitários – no cuidado à saúde, e evolui hoje em um contexto de profissionalização que, embora traga avanços para o reconhecimento de um dos membros das equipes de atenção primária, apresenta riscos à essência descentralizada e comunitária do SUS, a qual é definida constitucionalmente como uma das suas principais diretrizes.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, **organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;** (com grifos)

O Pacs surge de experiências pioneiras, como no Ceará, na década de 1980, sendo instituído a nível nacional a partir de 1991 como Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), e rebatizado como Pacs em 1992.

Resgate histórico do processo de profissionalização dos ACS



De acordo com o Ministério da Saúde, em publicação de 2001:



o programa foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde. **Sua meta se consubstancia na contribuição para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde.** O desenvolvimento das principais ações do programa se dá por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), **pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população.**

O ACS então se torna esse elo entre a equipe de saúde primária e a comunidade, escolhido dentro de sua microárea de residência e atuação. Suas atribuições originais e essenciais focam na prevenção de doenças e promoção da saúde a partir dos referenciais da educação popular em saúde. Além disso, os agentes comunitários possuem as seguintes características:

- » **vínculo e conhecimento comunitário:** reside, vive e conhece o território, facilitando a identificação de problemas, a mediação cultural e a criação de confiança;
- » **ações domiciliares:** realiza visitas domiciliares para cadastro, acompanhamento de grupos prioritários (gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças) e orientação;
- » **educação em saúde:** desenvolve ações educativas individuais e coletivas para a comunidade;
- » **participação social:** estimula a participação popular no Conselho de Saúde, na gestão local e nas políticas públicas de saúde.

Embora a legislação fundamental que rege os ACS seja a Lei Federal 11.350/2006, as portarias do Ministério da Saúde (MS) estabelecem de forma complementar as normas de financiamento, custeio, e o papel do ACS no modelo de atenção à saúde do SUS. A seguir, serão abordadas as principais portarias e atos normativos que definem o trabalho do ACS no contexto atual, com destaque para a profissionalização e o financiamento.

A legislação sobre o ACS está consolidada na lei federal, mas as atualizações mais importantes geralmente estão ligadas à Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (Pnab), ao financiamento e à formação desses profissionais.

A Pnab é o documento que estabelece as diretrizes e normas para a APS no país, e, portanto, define o papel e a composição das equipes mínimas de saúde primária, incluindo o ACS.

No âmbito da Administração municipal, o Pacs incorporou rotinas de registro de informações, planejamento territorial e acompanhamento das famílias, mas sua consolidação também passou a envolver novos desafios que valem ser destacados.

Enquanto a gestão municipal se adequava ao novo modelo de saúde primária, organizando e estruturando aos serviços que deveriam chegar nas residências dos cidadãos, **um outro movimento mais politizado se destacava com a ampliação progressiva dos direitos trabalhistas e funcionais dos agentes comunitários de saúde, conquistados ao longo dos anos junto ao Congresso Nacional.**

Muitas administrações locais ainda registravam dificuldades para realizar a vinculação correta desses profissionais e sua participação na equipe de saúde local, além de buscar assegurar o cumprimento pleno das atribuições previstas para a função no cotidiano dos serviços de APS. Porém, esse movimento simultâneo, que fortaleceu garantias e direitos legais e, ao mesmo tempo, aumentou a complexidade para a gestão municipal, passou a exigir maior comprometimento financeiro federal e municipal, capacidade de organização das equipes, definição de responsabilidades e aperfeiçoamento dos instrumentos de acompanhamento e supervisão.

Em 2017, a Pnab publicada na Portaria GM/MS 2.436 **reconhece a importância da Atenção Primária à Saúde como a principal porta de acesso aos serviços de saúde disponibilizados às populações**, e que a melhoria do acesso, o alcance de resultados, a melhoria da qualidade dos serviços, das condições de saúde e de vida da população não estavam atribuídas a um único ator ou categoria profissional da saúde; davam-se em função da responsabilização e da atuação de equipes multidisciplinares nesse nível de atenção, quando então estabelecem a nova e mais adequada definição para a APS:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Acesse aqui a Portaria 2.436/2017:



Atenção

Gestor Municipal, acompanhe sua equipe de APS!

A melhoria do acesso, o alcance de resultados e metas, a qualificação dos serviços ofertados e a qualidade de saúde e de vida da população se dão em função da responsabilização e da atuação das equipes multidisciplinares da atenção primária à saúde.

3. Da implantação à profissionalização: novos contornos do PACS

A fase de implantação do programa, motivada ainda pela reforma sanitária brasileira, pelos movimentos sociais, pela participação social efetiva nas políticas públicas sociais e pelo direito do cidadão previsto na Carta Magna de 1988, aliançada na busca pela mudança no modelo assistencial em saúde por meio do fortalecimento de uma atenção básica desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, teve então como foco principal a aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade, por meio dos agentes comunitários de saúde, que atuavam principalmente em ações sanitárias simples, porém de grande impacto local.

Entre essas atividades destacaram-se as orientações sobre terapia de reidratação oral, incentivo à vacinação e o aleitamento materno, além de acompanhamento às gestantes e ao desenvolvimento infantil. Essas ações, desenvolvidas pelas equipes de atenção primária, contribuíram de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde, principalmente na redução da morbidade e mortalidade materna e infantil.

Com o passar do tempo suas atribuições foram ampliadas, fortalecendo a atuação dos agentes na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no acompanhamento das famílias, ocupando importante papel dentro da equipe.

Com a publicação da Portaria 3.493/2024, que dispõe sobre o novo modelo federal de financiamento da APS, o normativo consolida o ACS como um elemento fundamental ao vinculá-lo diretamente às ações estratégicas de atualização de informações do cadastro individual e domiciliar dos usuários do SUS, influenciado diretamente na qualidade das informações de vínculo e acompanhamento territorial, no monitoramento contínuo da população adscrita no território e no financiamento federal das ações e serviços da APS.

Desde a implantação do programa, observa-se uma mudança expressiva no perfil de escolaridade e qualificação desses profissionais, pois, inicialmente para o ingresso na carreira era exigido apenas a alfabetização básica, refletindo o caráter emergencial e comunitário da estratégia; com o processo de institucionalização do SUS e da APS, passaram a ser exigidos níveis de escolaridade mais formais, em primeiro momento, ensino fundamental, e, posteriormente, ensino médio completo como forma de ingresso.

Atualmente, esses profissionais vêm buscando qualificação técnica e superior, sobretudo em áreas da saúde e no campo social, movimento que se fortaleceu com a oferta pela Coordenação Nacional do SUS do curso de Técnico em Agentes Comunitários de Saúde (Tacs), por meio do programa Mais Saúde com a Gente. A iniciativa promove a qualificação profissional e contribui para a integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, qualificando as ações no território e favorecendo a melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados a população.

O curso técnico é uma exigência legal (Lei 11.350/2006), condição para que o ACS desenvolva suas atribuições no modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, que, assistido por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, pode aferir a pressão arterial, a glicemia e a temperatura axilar, verificação antropométrica, além da orientação e apoio para a correta administração de medicamentos para usuários em situação de vulnerabilidade.

Todas essas questões estão previstas na Lei 11.350/2006, pela qual identifica-se um salto enorme na profissionalização dos agentes de saúde, em apenas 20 anos da regulamentação da atividade.

4. A escalada da legislação verticalizada

A partir dos anos 2000, o movimento pela profissionalização e regulamentação da categoria ganhou força. Se, por um lado, essa era uma demanda legítima dos trabalhadores por reconhecimento e segurança no emprego, por outro, deu início à escalada da legislação verticalizada, colocando em sério risco a sustentabilidade da categoria.

A primeira grande inflexão veio com a promulgação da Emenda Constitucional 51/2006, que crava na Carta Magna a discricionariedade dos gestores estaduais, distrital e municipais poderem contratar diretamente os agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, por meio de processo seletivo público, ficando dispensados os que a época desempenhavam as atividades desses profissionais e que já haviam se submetido a processo seletivo público validado. Por fim, a emenda previu que a lei federal regulamentaria o regime jurídico e as atividades dos agentes, iniciando assim o ciclo de subtrações da autonomia constitucional dos Entes federados em estabelecer seus regramentos em relação a pessoal.

CF/1988, art.39. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas.

Na sequência, foi sancionada a Lei 11.350/2006. Essa lei inicialmente regulamentou de forma bem abrangente as atividades de ACS e de ACE no âmbito do SUS, sob responsabilidade dos Entes federados. O que parecia ser a preservação da autonomia dos Entes não durou muito tempo.

O normativo também trouxe critérios mais rígidos para a contratação e o exercício da função, como a exigência de ensino fundamental, posteriormente alterada para ensino médio. A contratação por tempo determinado é vedada, exceto em situações específicas. Embora essencial para garantir os direitos trabalhistas e a estabilidade, a Lei 11.350/2006 começou a padronizar e a normatizar a função em nível federal, limitando a capacidade dos Municí-

pios de moldar o perfil do ACS e ACE, que em sua maioria são servidores ou empregados públicos municipais, estritamente às suas necessidades locais.

O auge dessa verticalização se manifestou com a Lei 12.994/2014, que alterou a Lei 11.350/2006 para instituir o piso salarial profissional nacional para a categoria, posteriormente alterada pela Lei 13.342/2016 e pela Emenda Constitucional 120, de 2022, que trata do piso de dois salários mínimos custeados com recursos financeiros da União e do adicional de insalubridade, cabendo aos Estados, Distrito Federal e Municípios arcar com outros consectários e vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações.

O ciclo de alterações no instrumento legal vigente ainda garantiu, dentre outros benefícios:

- » a presença essencial e obrigatória dos agentes no SUS;
- » a ampliação e inovação das atividades próprias dos agentes no modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, além das atividades compartilhadas, reconhecidos como profissional de saúde com profissão regulamentada;
- » os cursos de aperfeiçoamento a cada dois anos;
- » a flexibilização do número de famílias e de indivíduos a serem acompanhados, de acordo com as condições de acessibilidade local e de vulnerabilidade da comunidade assistida;
- » a exclusividade da sua atuação no âmbito do SUS;
- » a definição da quantidade máxima de agentes sob responsabilidade do Ministério da Saúde;
- » a previsão do plano de cargos, carreiras e salários;
- » o auxílio da locomoção do agente ou o fornecimento da indenização de transporte.

No âmbito ministerial, a legislação também se tornou mais detalhada: foi editada a Portaria GM/MS 2.436, de 2017, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) e detalhou as atribuições específicas do ACS, ampliando a lista de atividades obrigatórias e recomendadas, como o uso

de instrumentos para o registro das informações (Siab e e-SUS AB). A Pnab define com precisão o escopo de atuação, o número máximo de famílias por ACS e a área geográfica de responsabilidade.

A Portaria GM/MS 2.979, de 2019, instituiu o Programa Previne Brasil e estabeleceu o novo modelo de financiamento federal para a Atenção Primária, com base em cadastros validados e resultados de indicadores dos Entes federados, alterando a forma como os incentivos financeiros são repassados aos Municípios e atribuindo aos ACS uma participação mais efetiva e maior responsabilização, uma vez que estes ficam responsáveis pela realização dos cadastros dos usuários, a vinculação às equipes de saúde e a atualização dos cadastros. O componente de capitação ponderada estava diretamente vinculado aos cadastros, e o componente de pagamento por desempenho, alcance das metas dos indicadores de saúde, também vinculado aos cadastros validados e atualizados.

Posteriormente, a Portaria GM/MS 3.493/2024 extinguiu o Previne Brasil e instituiu a nova metodologia de cofinanciamento federal do piso da atenção primária, introduzindo novos regramentos, entre eles a atualização dos limites máximos de pessoas vinculadas às equipes, regras com relação à transferência e à suspensão de repasses de recursos, ratificando a participação fundamental dos ACS nessa nova metodologia de financiamento, uma vez que os componentes de vínculo e acompanhamento estão relacionados ao cadastro do usuário e do domicílio; à vinculação do usuário, à equipe de saúde; e o componente de qualidade está relacionado às metas dos indicadores das equipes eSF, eAP, eSB e eMulti, os quais dependem dos cadastros dos usuários validados e atualizados. Ou seja, o financiamento federal dos Entes federados está também vinculado ao bom desempenho dos agentes e também pode variar para maior ou para menor, dependendo da situação dos cadastros dos usuários do SUS.

Além do arcabouço constitucional e infralegal já vigente, o cenário legislativo em curso no Congresso Nacional aprofunda ainda mais a intervenção normativa federal sobre a gestão do trabalho no SUS, com repercussões diretas e potencialmente gravosas para os Municípios, uma vez que os ACS são vinculados diretamente a esses Entes, principalmente estatutários e celetistas. De um lado, a PEC 09/2025 abre espaço para que a lei federal estabeleça diretrizes de planos de carreira e pisos salariais nacionais para profissionais de saúde, condicionando à União a prestação de assistência financeira

complementar, sem garantir critérios objetivos, repasses automáticos ou cobertura integral dos custos, o que amplia a incerteza quanto à repartição de responsabilidades e ao impacto fiscal local.

Esse desenho normativo reforça a centralização decisória ao deslocar para a esfera legislativa federal decisões que afetam diretamente a organização das equipes, a política remuneratória e a despesa continuada com pessoal, potencialmente incompatíveis com a capacidade financeira e as assimetrias regionais dos Entes municipais. Soma-se a isso a imposição de novas despesas permanentes aos Municípios sem a correspondente sustentação financeira estável, ampliando a insegurança jurídica e a pressão sobre o equilíbrio fiscal.

De outro lado, o PLP 185/2024, ao regulamentar a aposentadoria especial de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, tende a ampliar obrigações previdenciárias e atuarialmente sensíveis para os regimes próprios, ao prever parâmetros como integridade e paridade e exigir rápida adequação normativa. Esse conjunto de medidas pode elevar o custo médio dos benefícios, pressionar o equilíbrio financeiro e atuarial, intensificar a judicialização e gerar passivos relevantes, especialmente para Municípios com baixa capacidade contributiva. A CNM estima que os impactos nas previdências municipais, caso o projeto de lei seja aprovado, ultrapassem os R\$ 100 bilhões.

As proposições legislativas em tramitação intensificam a centralização normativa e o repasse de encargos estruturais aos Municípios, em especial nos eixos de remuneração e previdência, sem assegurar mecanismos suficientes e permanentes de financiamento federal. O resultado provável é o aumento do risco de desequilíbrio fiscal e de passivos jurídicos, com impactos diretos sobre a gestão municipal do SUS e com maior tensão no pacto federativo.

Além disso, essa prática legislativa centralizada fere agudamente a autonomia constitucional conferida aos Municípios para estabelecerem os planos de cargos, carreiras e salários (PCCS) dos servidores municipais, promovendo a desorganização das estruturas administrativas locais, como o Regime Jurídico Único dos Servidores Municipais e o PCCS, e criando grandes desigualdades entre os servidores e empregados públicos municipais, principalmente

entre os profissionais de saúde. Além de se caracterizar como um enorme risco para o processo de descentralização do SUS, com ênfase na municipalização, com comando único em cada esfera de gestão, conforme previsto na Carta Magna e nas Leis Orgânicas do SUS.

Em síntese, a trajetória normativa do Pacs revela um processo contínuo de centralização decisória, no qual avanços importantes na valorização profissional e na garantia de direitos foram acompanhados por uma crescente padronização federal da organização, do financiamento e das atribuições da categoria. O acúmulo de leis, emendas constitucionais e portarias ministeriais consolidou um arcabouço regulatório cada vez mais detalhado e prescritivo, que condiciona a atuação dos Municípios ao cumprimento estrito de parâmetros definidos em nível central, muitas vezes dissociados das realidades territoriais e demográficas locais.

Esse movimento, ao mesmo tempo em que fortalece a regulação nacional, tensiona o pacto federativo e os princípios constitucionais do SUS, amplia a exposição municipal a riscos administrativos e financeiros e evidencia a escalada da legislação verticalizada como um dos principais desafios estruturais para a gestão local dos ACS, além de ir ao encontro e colocar em riscos profundos todo o processo de descentralização do SUS.

5. Implicações jurídicas e trabalhistas decorrentes da legislação federal

A intensificação da legislação federal aplicável aos ACS e ACE produziu um efeito cumulativo relevante sobre a gestão municipal de pessoal no SUS. Ao longo dos anos, direitos específicos foram sendo constitucionalizados e detalhados em leis federais e atos infralegais, com forte densidade normativa sobre requisitos de ingresso, forma de vínculo, atribuições, jornada de trabalho, remuneração mínima, condições e direitos trabalhistas. O resultado é um regime jurídico setorial altamente regulado, que reduz a margem de conformação do gestor local e transforma escolhas administrativas ordinárias em obrigações jurídicas de cumprimento contínuo, sujeitas a controle externo e à judicialização. Assim, os servidores e empregados públicos municipais em questão – ACS e ACE – são completamente regidos por normativos federais, não restando espaço para os normativos e regramentos municipais.

Um dos principais impactos práticos está na forma de contratação e na estabilidade do vínculo. Quando a legislação federal restringe contratações temporárias e reforça o vínculo direto e permanente, o Município passa a depender de uma estrutura fixa de pessoal para manter o serviço funcionando. Isso exige regras claras de carreira, definição de quem atua em cada território e um plano formal para substituir rapidamente quem sai, adoece ou fica com o cargo vago. Esse desafio pesa ainda mais em Municípios com grande área rural, população com alta rotatividade de domicílio, regiões turísticas ou locais em que é difícil manter profissionais. Na prática, a gestão fica “amarrada” em dois sentidos ao mesmo tempo: quando surgem vagas de agentes em determinado território o processo para contratação ou reposição é demorado, pois exige seleção ou concurso público simplificado, e o Município pode continuar pagando esses profissionais mesmo quando a demanda muda, pelo redesenho do território em função da migração da população ou em função da reorganização do modelo de atendimento.

Em matéria remuneratória, a fixação de piso salarial nacional e de vantagens vinculadas ao exercício da função produz repercussões trabalhistas típicas de despesas continuadas, com efeitos reflexos no conjunto da folha. O piso não se limita ao valor nominal mensal, pois tende a irradiar impactos sobre gratificações, adicionais, auxílios, progressões, anuênios quando existirem, além de repercutir em férias, décimo terceiro e encargos previdenciários. Por fim, promove diferenças entre as categorias da saúde, divergências e iniquidades.

Sempre que há atualizações do parâmetro federal ou divergências na interpretação do alcance do piso e das parcelas que o compõem, a Administração municipal fica exposta a contencioso de massa, frequentemente com pedidos de pagamento retroativo, diferenças remuneratórias e reflexos. Esse ambiente aumenta o risco de passivo oculto e dificulta o planejamento orçamentário, porque a despesa pode crescer por decisões normativas supervenientes, sem que o Município tenha instrumentos equivalentes para calibrar receitas ou readequar a força de trabalho em tempo compatível.

Quando a legislação federal define, de forma detalhada, o que o ACS e o ACE podem ou devem fazer a título de atividades/atribuições, cria-se um “padrão nacional” que nem sempre combina com a realidade de cada Município. Na prática, a gestão local passa a ser cobrada por rotinas e resultados padronizados, mesmo em comunidades com longas distâncias, pouca infraestrutura, maior vulnerabilidade social ou falta de equipe suficiente para apoiar e supervisionar o trabalho no território. Isso limita a administração municipal em definir atribuições de acordo com suas especificidades e necessidades, dificulta a organização do serviço e aumenta a responsabilidade do Município, porque o controle e a cobrança não costumam considerar as diferenças locais com a mesma intensidade que o dia a dia da rede.

Além disso, quando as atribuições são ampliadas ou ficam pouco claras, cresce o risco de conflito entre categorias e de questionamentos sobre desvio de função. Se o ACS ou o ACE for pressionado a realizar tarefas típicas de outras profissões, o Município pode enfrentar problemas em várias frentes, como notificações e autuações de conselhos profissionais e ações trabalhistas pedindo reconhecimento de acúmulo de função, adicionais e indenizações. Ou seja, mesmo quando a intenção é “resolver o problema” na ponta, a falta de limites bem definidos pode virar passivo jurídico.

Outro tema muito sensível é a gestão das condições de trabalho e dos adicionais, especialmente a insalubridade. Aqui, além de manter organização e documentação (protocolos de segurança, entrega e controle de EPI, capacitações e rotinas de saúde do trabalhador), o Município precisa considerar que a jurisprudência trabalhista está consolidando entendimentos que aumentam o risco de passivo: no Tema 118, julgado pelo Tribunal Superior do Trabalho, firmou-se a tese de que, a partir da vigência da Lei 13.342/2016, os agentes comunitários de saúde têm direito ao adicional de insalubridade em grau médio independentemente de laudo pericial, em razão dos riscos inerentes à atividade. Assim, quando o Município não trata o tema de forma preventiva e padronizada, cresce a chance de ações judiciais buscando pagamento do adicional e diferenças retroativas, com reflexos na folha, encargos e atualização monetária, o que pode se multiplicar rapidamente em demandas individuais e coletivas.

A atividade de visitar residências não é insalubre, pois se assim for todas as populações vivem em condições insalubres e vulneráveis ao adoecimento frequente. O ACS não examina pessoas enfermas, suas atividades são de atualização cadastral do cidadão e do domicílio, vistoria das condições ambientais do domicílio e ações educativas. Nas atividades que exigem um contato mais próximo do usuário, como a verificação da pressão arterial, da glicemia e a antropometria, são acompanhados por um profissional de nível superior.

Em relação às condições ambientais extremas que podem se tornar agentes insalubres, o tema também está pacificado em todos os Municípios por meio do fornecimento de uniformes adequados às especificidades climáticas locais e suas sazonalidades, fornecimento de EPI e protetor solar, além da substituição do trabalho de campo pelo administrativo em dias que apresentem condições climáticas extremas. Então, não há o que se falar em atividades insalubres.

A definição pelo Judiciário da garantia do pagamento do adicional de insalubridade sem a devida avaliação pericial técnica para identificação e a classificação dos agentes nocivos (físicos, químicos, biológicos) e seus graus de exposição (mínimo, médio, máximo), para posterior definição do adicional (10%, 20%, 40%), fere a legislação trabalhista federal e amplifica iniquidade entre as profissões da saúde.

Há também impactos previdenciários que aparecem com mais força no médio e no longo prazo. À medida que direitos se consolidam e surgem regras especiais para aposentadoria e benefícios, aumenta a complexidade de gestão do RPPS ou da relação com o regime geral, conforme o caso. Mudanças na regra podem pressionar o equilíbrio atuarial, exigir ajustes legais e administrativos em prazo curto e estimular ações judiciais. Para o gestor, o risco não é apenas gastar mais no futuro, mas também enfrentar passivos imediatos por interpretações divergentes, revisões de enquadramento, pedidos de integralidade, paridade, conversão de tempo e a necessidade de ajustes nos sistemas e registros funcionais.

Em resumo, a legislação federal valoriza e protege os ACS e ACE, estabelece um enorme distanciamento de direitos e valorização das demais categorias da saúde, uma vez que o cuidado se faz com equipes multidisciplinares, e transfere para o Município a maior parte do risco jurídico e do custo de cumprir, comprovar e financiar essas obrigações. Ainda, o financiamento federal não acompanha de forma suficiente e contínua, e o Município fica exposto a mais judicialização, mais possibilidades de condenações e menos flexibilidade para ajustar a força de trabalho conforme a realidade do território.

Por isso, na prática, o Pacs precisa ser tratado também com gestão de riscos. Isso significa planejar a equipe e os custos para mais de um ano, organizar carreira e progressões com regras claras, padronizar rotinas e supervisão, manter a documentação técnica sempre atualizada e atuar preventivamente para reduzir ações repetitivas. Sem esse cuidado, cria-se um cenário recorrente para os Municípios: obrigações permanentes aumentam, a exposição judicial cresce e a gestão perde espaço para adaptar o serviço às necessidades locais e reais da população.

6. Os riscos para a descentralização do SUS e seus reflexos na gestão municipal

A crítica à verticalização excessiva não é contra a formação, e de forma nenhuma contra a categoria profissional, mas sim contra uma mudança de foco que pode desvirtuar a identidade e o verdadeiro papel do ACS nas equipes multiprofissionais da atenção primária, ameaçando os princípios fundamentais do SUS, especialmente a descentralização com ênfase na municipalização, o comando único em cada esfera de gestão e a participação comunitária.

Risco	Reflexos na gestão municipal
Descaracterização das atividades do ACS	A priorização de atribuições técnico-assistenciais (procedimentos clínicos) sobre as atribuições sociopedagógicas (educação popular, vínculo e mobilização) enfraquece o papel do ACS como mediador social. Ele deixa de ser o "agente da comunidade" e passa a ser mais um "auxiliar técnico" da unidade, perdendo sua essência de trabalhador que dialoga com o saber popular.
Afastamento da comunidade	A redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais e a supervalorização das atividades técnicas, que demandam mais tempo e formalidade na UBS, podem reduzir o tempo de visita domiciliar e o foco na territorialização e no mapeamento social. O vínculo de confiança, base do seu trabalho, é enfraquecido.
Centralização do cuidado	As novas atribuições, muitas vezes definidas centralmente, podem levar à padronização e ao foco em protocolos de doença, em detrimento da autonomia municipal e da capacidade das equipes locais de planejar ações baseadas nas necessidades específicas do território, na prevenção de doenças, no cuidado e na promoção da saúde (princípio da descentralização e da integralidade).

Risco	Reflexos na gestão municipal
Competição e burocratização	A inserção de atribuições técnicas pode gerar tensões com outros profissionais de saúde (como técnicos de enfermagem) e burocratizar o trabalho, dificultando a flexibilidade e a ação criativa do ACS dentro de seu território.
Valorização excessiva	A supervalorização do ACS com a garantia de direitos e benefícios específicos e isolados cria um enorme distanciamento das demais categorias que compõem as equipes de atenção primária à saúde, fortalecendo as desigualdades e a iniquidade entre os membros de uma mesma equipe e serviço, que possuem o mesmo objetivo.
Legislação centralizada (federal)	Quebra a separação das competências e da autonomia entre os Entes federados, afronta os princípios constitucionais da descentralização e do comando único em cada esfera de gestão e subtrai a autonomia da gestão municipal.

O desvio de função do ACS para realizar atividades típicas de outras categorias e sem a devida formação representa um risco à saúde pública e configura, potencialmente, exercício ilegal, representando um ponto central de debates entre as categorias da saúde, especialmente após a alteração na lei que regulamenta a profissão do ACS (Lei 13.595/2018). O principal perigo do desvio de função é a descaracterização do trabalho do ACS e a consequente perda da sua função essencial no Sistema Único de Saúde (SUS).

O ACS é o agente de mobilização social, educação popular em saúde e vigilância do território. Seu valor reside no vínculo e no conhecimento aprofundado do contexto familiar e social da comunidade. O agente é o elo entre a comunidade e as ações e os serviços da atenção primária à saúde.

A ampliação das atribuições do ACS para a execução de procedimentos técnicos, como aferições, testes de glicemia e parâmetros antropométricos, tende a deslocar o foco de sua atuação das visitas domiciliares de caráter social, educativo e preventivo para atividades de natureza clínica e assistencial, fragilizando o eixo comunitário que estrutura a APS. Além disso, a incorporação dessas tarefas eleva os riscos assistenciais, uma vez que procedimentos dessa natureza exigem rigor técnico, qualificação, condições adequadas de ambiente e supervisão profissional, nem sempre garantidos no território ou nos domicílios, expondo usuários e gestores a potenciais erros.

7. Considerações finais

Diante da escalada normativa e do aumento das obrigações impostas pela legislação federal, fragilizando a gestão municipal do SUS, a reversão desse processo exige uma postura cada vez mais estratégica por parte do gestor local. A manutenção e a ampliação das equipes, em especial dos ACS, não podem ser tratadas como decisões automáticas ou meramente vinculadas a incentivos federais, mas devem ser precedidas das avaliações de riscos e da análise técnica sobre a capacidade administrativa, operacional e financeira do Município para cumprir, de forma contínua, as exigências legais e regulamentares associadas a esses vínculos.

Nesse contexto, torna-se imprescindível que o gestor municipal avalie os riscos jurídicos e trabalhistas decorrentes da rigidez normativa, especialmente aqueles relacionados à fixação de pisos salariais, à incorporação de direitos e de vantagens permanentes, e ainda à possibilidade de suspensão de repasses federais, uma vez que a metodologia de financiamento federal da saúde brasileira é indutiva e punitiva.

A literatura e a experiência dos Entes locais demonstram que a assimetria entre responsabilidades assumidas e financiamento efetivamente transferido tende a gerar passivos trabalhistas, judicialização e comprometimento do equilíbrio fiscal, impactando não apenas a política de atenção primária, mas o conjunto das ações e serviços de saúde do Município.

O desafio atual é conciliar a legítima valorização profissional excessiva com a preservação da identidade comunitária do ACS. A profissionalização deve ser horizontal e multidimensional, incorporando o saber técnico sem esmagar o saber popular, as demais categorias que compõem as equipes multidisciplinares da APS onde os agentes encontram-se inseridos e a experiência de vida no território. O foco deve permanecer na educação popular em saúde, na vigilância em saúde e na mobilização social, garantindo que o ACS continue sendo a ponte fundamental entre o sistema de saúde e o cotidiano das famílias, fortalecendo a atenção básica e a descentralização do SUS.

A saúde se faz no território, com a participação e o protagonismo da comunidade. A crítica principal é que, ao tentar “elevar” o ACS por meio de competências técnicas, a Lei 13.595/2018 inadvertidamente coloca em risco

a principal riqueza desse profissional: seu conhecimento íntimo da comunidade e sua capacidade de mobilização social, que são insubstituíveis para a verdadeira Atenção Primária à Saúde. Além do excesso de normas e portarias detalhadas pelo nível federal – Congresso Nacional e Ministério da Saúde –, impõe um paradoxo centralizador em um sistema que tem a descentralização como pilar. A ameaça reside em perder a capilaridade e a adaptabilidade local do ACS, essenciais para a eficácia da atenção primária no complexo mosaico brasileiro.

Por fim, o fortalecimento da gestão municipal passa pela adoção de instrumentos de planejamento e governança que permitam decisões mais seguras e alinhadas às realidades territoriais. Isso inclui o uso qualificado dos instrumentos do planejamento do SUS, o monitoramento permanente dos custos envolvidos na manutenção das equipes e a atuação articulada nos espaços de pactuação interfederativa e de representação municipalista. Esses caminhos são fundamentais para preservar a autonomia do gestor local, assegurar a sustentabilidade das políticas públicas de saúde e enfrentar, de forma crítica e responsável, os desafios impostos pela legislação federal. Processos inversos colocam em risco severo o princípio da descentralização do SUS.

Referências

AMAZONAS. Tribunal de Contas do Estado do Amazonas. *Nota Técnica 05/2022 – DEAS/SECEX: impactos da Emenda Constitucional 120/2022 sobre o piso salarial dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias*. Manaus: TCE-AM, 2022. Disponível em: https://www.tceam.tc.br/wp-content/uploads/2022/10/NOTA-TECNICA-No-05_2022_DEAS_SECEX_PI-SO-ACS-E-ACE.pdf Acesso em: 15 dez. 2025.

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. *Cofen alerta sobre risco de atribuir a agentes de Saúde atividades de Enfermagem*. Disponível em: [https://www.corengo.org.br/em-todos-os-dias-do-evento-vao-estar-presentes-conselheiros-e-tambem-fiscal-para-tirar-duvidas-sobre-legislacao-profissional/#:~:text=Enfermagem%20\(Cofen\)%2C%20Manoel%20Neri%2C%20que%20apenas%20agentes,disp%C3%B5e%20sobre%20o%20exerc%C3%ADcio%20profissional%20da%20Enfermagem](https://www.corengo.org.br/em-todos-os-dias-do-evento-vao-estar-presentes-conselheiros-e-tambem-fiscal-para-tirar-duvidas-sobre-legislacao-profissional/#:~:text=Enfermagem%20(Cofen)%2C%20Manoel%20Neri%2C%20que%20apenas%20agentes,disp%C3%B5e%20sobre%20o%20exerc%C3%ADcio%20profissional%20da%20Enfermagem). Acesso em: 17 dez. 2025.

BRASIL. *Emenda Constitucional 51*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. *Emenda Constitucional 120*, de 5 de maio de 2022. Altera a Constituição Federal para dispor sobre o piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, bem como sobre a assistência financeira da União. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 de maio de 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc120.htm Acesso em: 15 dez. 2025.

BRASIL. *Lei 11.350/2006*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. *Lei 13.342/2016*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13342.htm. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. *Lei 13.595/2018*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13595.htm. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria de Consolidação 2*. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Qual é o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS)?* Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/equipe-saude-da-familia/faq/qual-e-o-papel-do-agente-comunitario-de-saude>. Acesso em: 16 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 15 dez. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária. *Nota Técnica 291/2025/CGFAP/DEAPS/SAPS/MS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-291-2025-cgfap-deaps-saps-ms.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2025.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). *Parecer jurídico: Emenda Constitucional 120/2022 – impactos sobre os direitos e as obrigações dos Municípios em relação aos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias*. Brasília: CNM, 2022. Disponível em: https://cnm.org.br/storage/biblioteca/2022/Pareceres/202212_PAR_SAU_ACEeACS.pdf?t=1686959162. Acesso em: 15 dez. 2025.

Filgueiras, A. S., & Silva, A. L. A. (2011). Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 899–916. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331201100030000>. Acesso em: 16 dez. 2025.

Levy, F. M., Matos, P. E. de S., & Tomita, N. E. (2004). Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 197–203. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100036>. Acesso em: 16 dez. 2025.

Lobato R.V.; Viana R.M.; Nogueira .LM.; Rodrigues I.L.; Paiva B.L.; Ferreira A.M. *Formação do Agente Comunitário de Saúde*. Disponível em: DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12. n3.4366. Acesso em: 15 jan. 2026.

Melo, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*. 2018, v. 42, n. spe1, p. 38-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 25 nov. 2025.

Morosini, M.V.G.C.; Fonseca, A.F.; Lima, L.D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018. Jan; 42(116):11–24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 15 jan. 2026.

XXVII MARCHA A BRASÍLIA EM DEFESA DOS MUNICÍPIOS

O BRASIL
QUE DÁ CERTO
NASCE NOS
MUNICÍPIOS



Sede

Palácio dos Municípios Paulo Ziułkoski
SGAN 601, Módulo N
Asa Norte – Brasília/DF
CEP: 70830-010
Tel: (61) 2101-6000

Escritório Regional

Rua Marcílio Dias, 574
Bairro Menino Deus – Porto Alegre/RS
CEP: 90130-000
Tel: (51) 3232-3330

www.cnm.org.br

 /PortalCNM

 @portalcnm

 /TVPortalCNM

 /PortalCNM

 /PortalCNM



E cerca de
200 entidades
microrregionais
de Municípios