

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo

**Análise da profissionalização dos/as agentes comunitários/as de saúde:**  
qual o futuro desse/a trabalhador/a no sistema de saúde brasileiro?

Recife  
2021

Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo

**Análise da profissionalização dos/as agentes comunitários/as de saúde:**  
qual o futuro desse/a trabalhador/a no sistema de saúde brasileiro?

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Doutora em Ciências.

Orientadora: Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife  
2021

**Catálogo na fonte: Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos  
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz**

---

- M527a Mélo, Livia Milena Barbosa de Deus e.  
Análise da profissionalização dos/as Agentes Comunitários/as de Saúde: qual o futuro desse/a trabalhador/a no sistema de saúde brasileiro? / Livia Milena Barbosa de Deus e Mélo. — Recife: [s.n.], 2021.  
209 p. : il. ; 30 cm.
- Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.  
Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.  
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública.
1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Ocupações em Saúde. 4. Capacitação Profissional. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo

**Análise da profissionalização dos/as Agentes Comunitários/as de Saúde:**

qual o futuro desse/a trabalhador/a no sistema de saúde brasileiro?

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Doutora em Ciências.

Aprovado em: 09/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

---

Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto  
Fundação Oswaldo Cruz (Ceará)

---

Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

Dra. Gabriella Morais Duarte Miranda  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

## AGRADECIMENTOS

A Sofia, filha amada, pelo amor que ela me faz sentir e por tanto que não sei dizer.

A Paulette Cavalcanti, orientadora, companheira, amiga, por estar comigo na tese, nas lutas, na vida.

A Paulo Mansan, companheiro de vida e de sonhos.

A Romário Correia por partilhar comigo saberes, tardes e noites de escrita conjunta.

A Dara Andrade que, em tempos de Covid-19, caminhou de mãos dadas.

A minha irmã Liu Leal com quem aprendi a dar passos firmes, sem perder a ternura.

Aos meus: minha mãe e meu pai; Marcelle, Flavinho e Vinícius pelo cuidado com fé, afeto e chão seguro.

Ao meu avô Ruy e à minha avó Edna (*in memória*), pelo exemplo.

À UFRB e àquelas pessoas que me fizeram crescer tanto na Bahia: Carlos Alberto, Evelyn, Valéria, Diana, Lidiane, Monique, Ionara, Ana Maria, Camila, Thiago, Aline, Mariane, Tatiana Veloso, Gina, estudantes, funcionários, comunidades.

À Consulta Popular, MTD, Levante Popular da Juventude, MAM, MAB, Rede de Médicas e Médicos Populares, Cebes, pela bússola política e esperança(r).

À UFPE e ao Curso de Saúde Coletiva do CAV que me recebe de volta: o reitor Alfredo Gomes; as Profas. Fabiana, Ana Paula, Keila, Alice, Simone, Jorgiana, Ronaldo, Ronald, Carlos Renato, Darlindo, Danilson, Ana Wladia; e estudantes.

Ao Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais Sem Terra (MST) e à brigada Dom Helder Câmara que ousaram e ousam enfrentar o latifúndio, a opressão, a fome, o vírus, sem medo de lutar.

Às amigas Lorena, Luís, Laila, Mila, Gleisa, Lex, Maíra, pelo acolhimento de tantos sentimentos e inquietudes, perto ou longe.

Ao mestre Itamar Lages, sempre junto, ombro a ombro.

À Fiocruz de Pernambuco, mestres, colegas de turma e funcionários pela aprendizagem do fazer científico.

Às Agentes Comunitárias de Saúde do Brasil e do mundo que promovem saúde e cuidam do nosso povo, sendo povo.

## **Para os que Virão**

*Como sei pouco, e sou pouco,  
faço o pouco que me cabe  
me dando inteiro.  
Sabendo que não vou ver  
a (mulher) que quero ser.  
Já sofri o suficiente  
para não enganar a ninguém:  
principalmente aos que sofrem  
na própria vida, a garra  
da opressão, e nem sabem.  
Não tenho o sol escondido  
no meu bolso de palavras.  
Sou simplesmente uma (mulher)  
para quem já a primeira e desolada pessoa  
do singular – foi deixando,  
devagar, sofredamente  
de ser, para transformar-se  
– muito mais sofredamente –  
na primeira e profunda pessoa do plural.  
Não importa que doa: é tempo  
de avançar de mão dada  
com quem vai no mesmo rumo,  
mesmo que longe ainda esteja  
de aprender a conjugar o verbo amar.  
É tempo sobretudo de deixar de ser apenas  
a solitária vanguarda de nós mesmos.  
Se trata de ir ao encontro.  
(Dura no peito, arde a límpida  
verdade dos nossos erros.)  
Se trata de abrir o rumo.  
Os que virão, serão povo,  
e saber serão, lutando.*

(MELLO, 2021)

MÉLLO, Livia Milena Barbosa de Deus e. **Análise da profissionalização dos/as Agentes Comunitários/as de Saúde:** qual o futuro desse/a trabalhador/a no sistema de saúde brasileiro? 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.

## RESUMO

Os/As Agentes Comunitários/as de Saúde (ACS) no Brasil ocupam lugar estratégico na consolidação dos princípios do sistema de saúde nacional, apresentando crescente ampliação de atribuições, com insuficiência de formação para o cargo, levando à busca por formação de nível superior em áreas correlatas. O objetivo desta pesquisa foi analisar o processo de profissionalização dos/as ACS no Brasil, tendo em vista o modelo de proteção social em disputa no período de 2016 a 2020. O estudo atravessou o período da pandemia de Covid-19, que influenciou significativamente na configuração do trabalho dos/as ACS. Foi realizada uma revisão de escopo quanto ao trabalho dos/as ACS no mundo, para enfrentamento à pandemia de Covid-19, assim como um estudo para analisar as práticas, a legitimidade e a formação no contexto da pandemia no Brasil. Também, realizou-se uma análise quanto às motivações e implicações da formação universitária dos/as ACS para sua atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), identificando interfaces e particularidades em relação a enfermagem, psicologia, serviço social e pedagogia, cursos muito procurados pelos/as ACS quando buscam uma graduação. A profissionalização dos/as ACS está intrinsecamente relacionada às disputas de projetos societários, permeada por contradições e possibilidades, com tendência de expansão no mundo, ao mesmo tempo que há indicativos de perda de legitimidade no contexto brasileiro mediante a insuficiente formação para responderem à complexidade do trabalho e um cenário de desmonte das políticas de proteção social e saúde.

**Palavras-chave:** agente comunitário de saúde; atenção primária à saúde; profissão de saúde; formação profissional.

MÉLLO, Livia Milena Barbosa de Deus e. **Analysis of the professionalization of Community Health Agents**: what is the future of this worker in the Brazilian health system? 2021. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2021.

## ABSTRACT

Community Health Workers (CHW) in Brazil occupy a strategic place in the consolidation of the principles of the Brazilian health system, with a growing expansion of attributions, with insufficient training for the position, leading to the search for higher education in related areas. The objective of this research was to analyze the process of professionalization of CHWs in Brazil, considering the social protection model in dispute in the period from 2016 to 2020. The study covered the period of the Covid-19 pandemic, which significantly influenced the configuration of the work of the CHW. A scope review was carried out regarding the work of CHWs in the world to face the Covid-19 pandemic, as well as a study to analyze the practices, legitimacy and training in the context of the pandemic in Brazil. An analysis was also carried out regarding the motivations and implications of the CHW's university education for their work in the Unified Health System (SUS), identifying interfaces and particularities in relation to nursing, psychology, social work and pedagogy, courses that are highly sought after by CHW when seeking a degree. The professionalization of CHW is intrinsically related to disputes over corporate projects, permeated by contradictions and possibilities, with a tendency to expand in the world, at the same time that there are indications of loss of legitimacy in the Brazilian context due to insufficient training to respond to the complexity of the work and the scenario of dismantling of social protection and health policies.

**Keywords:** community health worker; primary health care; health occupations; professional training.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Termos relacionados a “agente comunitário de saúde” em países de baixa, média e alta renda .....	35
Figura 1 – Distribuição geográfica de ACS no mundo e termos utilizados para nomeá-los .....	38
Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda .....	455
Quadro 3 – Principais marcos institucionais de regulamentação do trabalho e formação dos/as ACS no SUS .....	70
Figura 2 – Percentual da população coberta por ACS em cada região do Brasil, 2020 .....	711
Quadro 4 – Aspectos normativos da regulamentação profissional de ACS em enfermagem, serviço social, psicologia e pedagogia no Brasil .....	833

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEF	Assistente de Bem-Estar da Família
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABEP	Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AC	Agente Comunitário
Acaps	Agente Comunitário de Atenção Primária à Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACN	Agente Comunitário de Nutrição
ACS	Agente Comunitário de Saúde / Assistente Comunitário de Saúde
AEP	Auxiliar de Enfermeira Parteira
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
Anped	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APE	Agente Polivalente Elementar
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Assistente de Saúde
ASA	Agente de Saúde da Aldeia
ASC	Agente de Saúde Comunitária
ASM	Animador de Saúde Materna
ASSC	Ativista Social de Saúde Credenciado
AVS	Assistente de Vigilância Sanitária
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEB	Comunidades Eclesiais de Base
CEIS	Complexo Econômico Industrial da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Cepedisa	Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário

CFEP	Conselho Federal de Educadores e Pedagogos
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CFESS	Conselho Federal do Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMI	Conselho Mundial de Igrejas
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNTE	Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Conacs	Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
Ctacs	Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde
CUS	Cobertura Universal de Saúde
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DIU	Dispositivo Intrauterino
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EC	Emenda Constitucional
EDF	Exército de Desenvolvimento Feminino
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESA	Equipe de Saúde da Aldeia
ESF	Estratégia Saúde da Família
Etsus	Escolas Técnicas e Centros Formadores do Sistema Único de Saúde

Fenasce	Federação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FTS	Força de Trabalho em Saúde
ICOS	Instituto Coalizão Saúde
IRA	Infecção Respiratória Aguda
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MAC	Média e Alta Complexidade
MEC	Ministério da Educação
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OSC	Oficial de Saúde Comunitária
PA	Parteira Auxiliar
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PL	Projeto de Lei
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
Pnacs	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
Profags	Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde
PSC	Provedor de Saúde Comunitária
PSF	Programa Saúde da Família
PSMI	Profissional de Saúde Materno-Infantil
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e mais

RD	Redução de Danos
RSC	Representantes de Saúde Comunitária
Retsus	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Silos	Sistema Local de Saúde
SK	<i>Shasthya Kormi</i>
SRO	Sais de Reidratação Oral
SS	<i>Shasthya Shebika</i>
STS	Senhora Trabalhadora de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Trabalhador <i>Anganwadi</i>
TAPS	Técnicos de Atenção Primária à Saúde
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TB	Tuberculose
TCS	Trabalhador Comunitário de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TES	Trabalhador de Extensão da Saúde
TESC	Trabalhadores de Extensão de Saúde Comunitária
TSA	Trabalhador de Saúde da Aldeia
TSB	Trabalhador de Saúde de <i>Barangay</i>
TVSA	Trabalhadores Voluntários da Saúde da Aldeia
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
Usaid	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
VR	Voluntário Retransmissor
VSA	Voluntário de Saúde da Aldeia
VSC	Voluntário de Saúde Comunitária

VSCF Voluntária de Saúde Comunitária Feminina

VR Voluntário Retransmissor

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL</b> .....	<b>21</b>
2.1 Conjuntura nacional brasileira e seus reflexos na política de saúde.....	21
2.2 Agentes Comunitários/as de Saúde: o que dizem os estudos internacionais? .....	33
2.3 Características do trabalho e da formação profissional dos/as Agentes Comunitários/as de Saúde no Brasil .....	69
2.4 Sociologia das profissões, profissionalização e paradigma do poder: aplicações no campo da saúde.....	799
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>87</b>
3.1 Desenho do estudo.....	87
3.2 Coleta e análise dos dados .....	87
3.3 Campo e sujeitos de pesquisa .....	88
3.4 Aspectos éticos.....	89
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>91</b>
4.1 Artigo 1 – Agentes comunitários de saúde na pandemia de Covid-19: scoping review .....	92
4.2 Artigo 2 – Agentes Comunitárias de Saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil .....	1233
4.3 Artigo 3 – Agentes comunitárias de saúde e a busca pelo ensino superior: motivações, implicações, epistemologias e o futuro da profissão .....	1433
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>1733</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>176</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>195</b>
<b>APÊNDICE B – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL ENTREVISTADO</b> .....	<b>1977</b>
<b>APÊNDICE C – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM INFORMANTES-CHAVE</b> .....	<b>198</b>
<b>APÊNDICE D – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA GRUPO FOCAL</b> .....	<b>200</b>
<b>ANEXO A – PARECER CEP/INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES</b> .....	<b>203</b>
<b>ANEXO B – ACEITE DO ARTIGO NA REVISTA INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO</b> .....	<b>207</b>

<b>ANEXO C – ACEITE DO ARTIGO NA REVISTA SAÚDE EM DEBATE .....</b>	<b>208</b>
<b>ANEXO D – SUBMISSÃO DO ARTIGO NA REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE .....</b>	<b>209</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os/As Agentes Comunitários/as de Saúde (ACS) ocupam lugar estratégico na consolidação dos princípios do sistema de saúde brasileiro, tendo sido incorporados/as através de programas voltados à Atenção Primária à Saúde em 1991, e firmando-se como categoria profissional regulamentada em lei apenas em 2002 (BRASIL, 1991, 2002).

Os rumos de sua atuação estiveram em disputa desde o princípio de sua concepção e incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que foi retratado por Sousa (2001) ao explicitar a posição contrária ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) por parte de entidades da enfermagem e Pastoral da Criança. Em contraponto, o programa foi defendido por profissionais que tinham experiência com trabalhos na periferia das cidades e defendiam os Sistemas Locais de Saúde (Silos), além do apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), do Movimento Nacional dos Agentes Comunitários e Movimento Popular de Saúde (MOPS).

Com a implantação do PACS em 1991 e do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, seguidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), a institucionalização do trabalho dos/as ACS foi forjando uma categoria cada vez mais organizada para incidir nos rumos da política de saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS), e nos direitos trabalhistas inerentes à sua configuração como tal.

Segundo registros do Painel de Indicadores da Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2021), em 2007, existiam 195.363 ACS no País, chegando a 269.921 ACS em abril de 2020, os quais garantem cobertura a 61,03% da população brasileira.

Tendo em vista as políticas de austeridade fiscal em curso no Brasil desde 2016, que influem diretamente nas políticas de saúde, educação e trabalho, não é difícil supor que as políticas de saúde vêm sofrendo seus impactos (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018; SOARES, 2018). Soma-se a isso a pandemia de Covid-19 a partir de 2020, que instalou uma crise sanitária sem precedentes na história do País e do mundo, agravando as crises social, econômica, ambiental e política já presentes no Brasil.

No escopo das políticas de saúde, a ameaça de reconfigurar ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE) como técnicos/as de enfermagem, através do Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (Profags), proposta em 2018; a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017; a aprovação da Lei 13.595/2018 que reformula as atribuições dos/as ACS e ACE; o novo referencial curricular nacional do Curso Técnico de Agentes Comunitário de Saúde (Ctacs), publicado pelo MS em 2020; e as novas demandas sociais e sanitárias impostas pela pandemia de Covid-19 recolocam no debate os rumos dos/as ACS no sistema de saúde brasileiro (BARROS, 2018; BRASIL, 2017a, 2018a, 2018b; MACIEL *et al.*, 2020; NEVES, 2018).

A Lei 13.595, sancionada pela presidência da república em janeiro de 2018, foi fruto do Projeto de Lei (PL) n. 6.437/2016; trata, em seu texto original, sobre atribuições, condições de trabalho, grau de formação profissional, além de cursos de formação técnica e continuada das ACS. O PL sofreu vetos presidenciais relativos à obrigatoriedade do Ctacs, à indenização de transporte aos trabalhadores para o exercício de suas atividades e à possibilidade de que os/as ACS não morassem na comunidade em que atuam, no caso de compra de casa própria. Foi mantida a obrigatoriedade da presença de ACS na estrutura da atenção básica, o que se contrapôs à possibilidade de equipes sem ACS indicadas na PNAB 2017, demonstrando clara disputa quanto aos rumos da APS no Brasil e à presença desses/as trabalhadores/as na ESF (BRASIL, 2018a; NEVES, 2018).

A disputa de interesses sobre os rumos da profissão se encontra em curso e em efervescente movimentação, demonstrando a correlação de forças que está em jogo no âmbito do setor saúde brasileiro.

Por um lado, com orientação dos organismos internacionais, os/as ACS sempre foram a saída para a ampliação do acesso à saúde em países periféricos, na perspectiva de uma medicina “pobre para pobre”; por outro, no caso do Brasil, o movimento sanitário e o movimento popular de saúde, apesar das divergências internas, consensuaram e impulsionaram a ampliação da APS através da ESF, com inegável papel dos/as ACS.

Ao longo dos anos, a categoria, à medida que foi conquistando espaço no setor saúde, também foi-se organizando politicamente em sindicatos e associações profissionais, buscando tanto o reconhecimento de direitos trabalhistas quanto legitimidade perante a equipe de saúde e a sociedade (MOROSINI *et al.*, 2010).

Sua profissionalização no Brasil, portanto, está intimamente ligada à construção sócio-histórica da sociedade brasileira e às disputas de classes que nela ocorrem. Como afirmam Johnson (1972) e Roth (1974), em crítica às perspectivas a-históricas dos estudos das profissões, não existe um processo de profissionalização uniforme e unilinear de aplicação universal, já que há variações de poder nas organizações e sujeitos envolvidos e um longo processo de negociações entre eles.

Assim, existem avanços e retrocessos no processo de definição da base técnica e formação específica, na conquista de direitos relacionados ao trabalho, assim como na construção de legitimidade social do fazer dos/as ACS.

A particularidade do seu processo de profissionalização dos/as ACS envolve, portanto, a definição de suas atribuições, cada vez mais ampliadas, que adentra o fazer de outras profissões, limitando e confundindo o seu fazer específico e nuclear. Já sua importância social e sua legitimidade junto à sociedade ficam circunscritas ao seu campo de atuação no setor público, especificamente no âmbito da APS, o que caminha junto à luta por legitimação do próprio SUS.

Somam-se a isso os questionamentos quanto aos aspectos éticos que envolvem sua atuação domiciliar e comunitária, com uma linha tênue entre a relação pessoal e profissional no seu cotidiano de trabalho e vida, particularmente pelo fato de terem uma formação profissional limitada (MONTEIRO, 2019). A própria equipe na qual os/as ACS estão inseridos/as levantam questões sobre a relevância do saber e fazer dos/as agentes, com desvalorização desse membro da equipe (BORNSTEIN; DAVID, 2014; PEKELMAN, 2017).

Porém, fica o questionamento de quem seria o profissional com atuação nuclear voltada a utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua atuação; executar atividades de educação popular em saúde; registrar nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos; estimular a participação da comunidade; realizar visitas domiciliares e cadastrar todas as pessoas da área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da atenção básica vigente; realizar análise da situação de saúde para priorizar situações a serem acompanhadas no planejamento local; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), com acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades; fortalecer os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas; participar dos processos de regulação das necessidades dos usuários no que diz

respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames, hoje pertencentes aos/às ACS (BRASIL, 2017a)?

Quanto às políticas de formação profissional dos/as ACS, variaram dentro de um espectro que vai de cursos introdutórios, de curta duração, à formação curricular de nível técnico. Apesar de o referencial curricular nacional para o Ctacs ter sido aprovado no âmbito dos Ministérios da Saúde e Educação em 2004, com parecer favorável do Conselho Nacional de Educação (CNE), a fragilidade em sua implantação perpassou diversas resistências dos gestores municipais. Estes alegam insuficiência de recursos financeiros para implantação do curso, elevação de salários que correspondam a esse nível de formação, crescente poder da categoria nos territórios quanto à política eleitoral, como também questionamento do perfil adequado, necessário e desejado para a profissão (BORNSTEIN; DAVID, 2014; NOGUEIRA; SILVA, 2021; PEKELMAN, 2017).

Entre 2019 e 2020, foram feitas alterações no referencial curricular nacional do Ctacs, publicadas como “Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde – ACS: diretrizes e orientações para a formação”, havendo exclusão de conteúdos e princípios éticos e políticos da Educação Popular em Saúde (EPS), ao mesmo tempo que se enfatiza o ensino de procedimentos biomédicos (BRASIL, 2020a).

Por outro lado, ao longo dos anos 2000, o Brasil vivenciou grande expansão do ensino universitário, o que passou a ser muito procurado pelos/as ACS. Estudos demonstram que, em alguns municípios brasileiros, mais de 30% dos/as ACS iniciaram ou concluíram um curso superior com escolha prioritária de cursos nas áreas de ciências sociais e humanas ou da saúde (FREITAS *et al.*, 2015; MOTA; DAVID, 2010; MUSSE *et al.*, 2015; SIMAS; PINTO, 2017).

Tendo em vista a importância dos/as ACS na consolidação do SUS até os dias atuais, a crescente ampliação de atribuições e habilidades exigidas, a insuficiência de formação da categoria para desenvolver tais habilidades, o contexto da pandemia de Covid-19 e a crescente procura por formação superior, pergunta-se: qual o futuro dos/as Agentes Comunitários/as de Saúde no Brasil mediante as mudanças da conjuntura e busca dos/as ACS pelo nível superior?

Desta forma, o objetivo geral do estudo foi analisar o processo de profissionalização dos/as ACS, tendo em vista as disputas presentes na conjuntura brasileira, no período de 2016 a 2020.

Como objetivos específicos, o estudo buscou:

- a) compreender práticas, formação, legitimidade e condições de trabalho dos/as ACS no Brasil e no mundo no contexto da pandemia de Covid-19;
- b) compreender a profissionalização dos/as ACS identificando atribuições e perfil de formação em relação a outras profissões em nível de graduação cursadas;
- c) compreender como a formação universitária de ACS influencia sua atuação no SUS, identificando interfaces e particularidades em relação à enfermagem, psicologia, serviço social e pedagogia.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL**

Para localizar o objeto de estudo da tese, o referencial teórico conceitual busca delimitar o contexto histórico do período atual no qual os/as ACS estão inseridos/as, no Brasil, além de apresentar uma revisão de literatura internacional e cartografia dos/as ACS no mundo.

### **2.1 Conjuntura nacional brasileira e seus reflexos na política de saúde**

Entender a saúde como política social pressupõe assumi-la como um direito de cidadania para o qual haja plena participação dos indivíduos na sociedade política e a garantia do princípio de justiça. Isso porque as políticas sociais assumem diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições com perspectivas distintas de garantia de acesso aos direitos por aqueles que são considerados os usuários dos sistemas de proteção social. Assim, de forma ideal, as modalidades de proteção social são apresentadas como assistência social, seguro social e seguridade social, sendo a saúde considerada respectivamente como uma medida de caridade, um privilégio, ou um direito de cidadania (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

O Brasil é um país latino-americano, com população acima de 200 milhões de habitantes, espalhados por 5.570 municípios, marcado por uma grande desigualdade social (CAMPELLO *et al.*, 2018). As raízes históricas da colonização (1500-1822), baseada em economia agrária e escravista, não foram superadas pela modernização capitalista iniciada com a industrialização de setores estratégicos em 1930, alternando regimes democráticos e autoritários, com parca redistribuição social até os dias atuais (CARVALHO, 2001).

Inicialmente organizada a partir da medicina privada para as elites e da caridade para o conjunto da população pauperizada (1500- 1923), seguida do modelo de seguro social para trabalhadores do mercado formal urbano (1923-1988), a assistência à saúde se restringiu, por muito tempo, a uma parcela restrita da população.

Partindo da crítica ao sistema de saúde vigente na década de 1980, baseado na prestação de serviços subsidiados pelo Estado, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) formulou um projeto de saúde baseado na seguridade

social, somando esforços às lutas pela redemocratização do País. Tal proposta foi incorporada à Constituição Federal de 1988, que estabelece as diretrizes para um sistema de saúde universal, financiado por impostos gerais e contribuições sociais (ESCOREL, 1999; MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017; PAIM, 2008).

Baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, o SUS está inserido na constituição, na legislação ordinária, em normas técnicas e administrativas, sendo sustentado por vetores positivos que, segundo Paim (2018), abrangem a) uma rede ampla de trabalhadores do setor saúde, entidades de defesa dos usuários, gestores, professores que formam opinião e desenvolvem saberes técnicos para a gestão do sistema; b) ampliação do acesso, em especial através da cobertura de 60% de APS; c) participação social através dos conselhos e conferências de saúde; d) avanços no sistema de vigilância em saúde e sanitária, na assistência farmacêutica, transplantes, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), saúde bucal, controle do HIV/Aids e qualidade do sangue, imunização; e) sistemas de informação; f) reconhecimento formal do direito à saúde, que tem possibilitado a difusão dessa conquista na sociedade.

Por outro lado, obstáculos e ameaças ao SUS também estão presentes (PAIM, 2018): a) valores do individualismo muito presentes na sociedade brasileira; b) resistências dos trabalhadores de saúde que vivem situações de grandes diferenças salariais, ausência de carreiras, más condições trabalhistas e baixa valorização profissional; c) baixa profissionalização da gestão, permeada pelo uso do clientelismo partidário; d) insuficiência de infraestrutura, em especial em municípios de menor porte; e) dificuldade de efetivação de redes regionalizadas; f) subfinanciamento crônico e fortalecimento da ideologia da privatização.

Diante da crise econômica mundial de 2008, ganhou força no cenário internacional a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Cobertura Universal de Saúde (CUS), expressa no Relatório Mundial de Saúde de 2010 intitulado “Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal”, em contraposição à noção consolidada de sistemas universais de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

O conceito de “cobertura universal” abriga três dimensões: a primeira dimensão se relaciona ao percentual da população que está coberta por serviços de saúde, a segunda refere-se às possibilidades de acesso oportuno a serviços de qualidade sanitariamente necessários, a terceira diz respeito à proporção da

população que é submetida a pagamentos diretos nos pontos de atenção à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2014; SAVEDOFF *et al.*, 2012).

Noronha (2013) chama atenção para a confusão que o termo “universal” traz em si, nessa proposta de “cobertura universal”, o que, de fundo, sugere a ampliação de seguros sociais ou privados na reconfiguração dos sistemas de saúde, levando a crer que isso corresponde à oportunidade de acesso e uso – o que, para o autor, não é verdadeiro.

Nesse sentido, o que se assistiu em período recente no Brasil foi um tensionamento de forças conservadoras sobre o governo Dilma Rousseff (2011-2016), em que, de um lado, a pressão popular nas ruas e o apelo de apoio financeiro por parte de prefeitos e gestores municipais acelerou a agenda de governo para implantação do que vem a ser o Programa Mais Médicos (PMM), em outubro de 2013, e, de outro, os agentes do mercado da saúde conseguiram a aprovação da Lei n. 13.097/2015, que modifica a lei orgânica da saúde e permite a entrada de capital estrangeiro na saúde, até então vedada legalmente (BARROS; NEGRI FILHO, 2015; KEMPER, 2016).

O PMM propôs o fortalecimento da APS no SUS, tendo como objetivo diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias e adequar os processos de educação e formação médica para fortalecer a APS no SUS (KEMPER, 2016). Incorporou 18 mil médicos em 73% das cidades brasileiras e 34 distritos sanitários especiais indígenas (DSEI), com ampla aprovação da população usuária e melhora de indicadores relacionados às internações por condições sensíveis à APS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010).

Não obstante, mesmo com esforços como esses, o País não conseguiu alcançar a universalização da saúde, tampouco da APS. Em 20 anos, a ESF ampliou a cobertura de 5% para 62,5%, passando a cobrir, potencialmente, cerca de 130 milhões de pessoas, com inegável impacto positivo na saúde da população e para o sistema de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2014; TASCA *et al.*, 2020). Porém, questiona-se a possibilidade de alcançar acesso efetivo aos serviços com a atual configuração de uma equipe de saúde da família responsável por três mil pessoas em média (KEMPER, 2016) e a crescente priorização do financiamento para a média e alta complexidade (MAC) relativamente à APS.

Entre 2002 e 2016, evidenciou-se uma evolução de transferência do Ministério da Saúde para os municípios: de 12,77% em 2002 para 16,67% em 2016 na APS; e de 23,89% para 40,39% na MAC. Isso revela uma priorização da MAC em relação aos investimentos na APS por um lado, mas uma crescente ampliação de recursos ao longo dos anos ao mesmo tempo na APS (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018).

Outro importante desafio é a permanência de diferentes modelos de atenção nos serviços de APS, o que cria segmentação entre a população coberta pela ESF e pelos modelos ditos tradicionais de prestação dos serviços. Estes últimos não se organizam com base territorial, orientação comunitária e familiar, não dispendo de ACS nas equipes. A qualidade e a efetividade desses dois modelos já foram comparadas em estudos científicos, demonstrando que a ESF é superior (GADELHA; COSTA, 2012; HARZHEIM *et al.*, 2006; SAVEDOFF *et al.*, 2012; TASCA *et al.*, 2020).

No modelo da ESF, os/as ACS cumprem papel central na territorialização, no acompanhamento permanente das famílias e na dinâmica comunitária, fortalecendo os atributos essenciais da APS definidos por Starfield (1992): acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e os atributos derivados: orientação familiar e comunitária, e competência cultural.

Finalmente, é importante caracterizar bem o cenário atual de recomposição das forças conservadoras no Brasil, que conduziram um golpe jurídico-midiático-parlamentar em 2016, o que levou ao impedimento da presidente Dilma Rousseff, democraticamente eleita. O que se sucedeu com o governo do seu vice, Michel Temer, foi uma sequência de políticas de caráter autoritário e antidemocrático, com ajuste fiscal e prioridade absoluta ao pagamento da dívida pública, reforma da legislação trabalhista, com supressão de direitos e redução do custo do trabalho, mercantilização de empresas nacionais fundamentais para a garantia de soberania nacional, abrindo todos os setores da economia a empresas estrangeiras (ROCHA, 2017; SEKI, 2018).

Dentre as medidas do governo Michel Temer (2016-2018), destaca-se a promulgação da Emenda Constitucional n. 95/2016 (EC 95), conhecida como a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos, que congelou por 20 exercícios fiscais a destinação de recursos públicos para despesas primárias, dentre as quais as despesas com saúde. Além disso, ampliou-se a abertura de espaço no

Ministério da Saúde para empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro (BAHIA *et al.*, 2016; BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018; MORAIS; OLIVEIRA; VIEIRA-DA-SILVA, 2019; SOARES, 2018) e a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017.

Quanto à EC 95, representa o desfinanciamento constitucionalizado das políticas sociais, devendo impactar numa redução de 400 bilhões de reais que seriam obrigatoriamente aplicados em saúde, num período de 20 anos, se considerasse um cenário de crescimento econômico de 2% ao ano. Soma-se a isso um aumento populacional, com duplicação do percentual de idosos e aumento dos custos da assistência à saúde, o que demandaria aumento do valor per capita investido em saúde ante os novos problemas e necessidades da população (MENDES; CARNUT, 2020; TEIXEIRA; PAIM, 2018; VIEIRA *et al.*, 2016).

Diante deste cenário, as propostas governamentais do MS passaram a incentivar o mercado de planos de saúde, sugerindo uma diminuição do Estado na responsabilidade de garantir esse direito (BAHIA, 2018). Assim, foi demandado a um grupo de trabalho ministerial composto por representantes das empresas do setor, MS e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) um estudo sobre planos populares de saúde ou planos de saúde acessíveis. Tal ideia representa uma forma de salvar os planos de saúde que perderam clientes nos últimos anos de crise econômica no Brasil, sabendo-se que grande parte dos contratos com planos de saúde são empresariais ou coletivos, portanto dependentes do mercado de trabalho (BRASIL, 2016a; GUIMARÃES, 2017).

Em paralelo, e fortalecendo a lógica de um SUS restrito, Morosini, Fonseca e Lima (2018) alertaram para os riscos presentes na reformulação da PNAB de 2017, como a relativização da cobertura e ameaça ao princípio da universalidade, a segmentação do cuidado com padrões essenciais e ampliados de serviços, o reposicionamento da ESF e a retomada da atenção básica tradicional, o indicativo de integração das atribuições ou fusão dos/as ACS e ACE, a fragilização da coordenação nacional no pacto federativo da saúde.

Já no plano internacional, o ano de 2018 foi marcado pela comemoração dos 40 anos da declaração de Alma Ata, através da Conferência Global sobre APS em Astana, Cazaquistão. As medidas de reformulação da PNAB e a proposta de ampliação do mercado de planos populares de saúde estavam bem alinhadas com as recomendações dessa conferência, que conclamou os países para a já

anunciada CUS. Como já dito, a CUS prioriza a cobertura financeira, não garantindo o direito universal, além de restringir a APS a uma “cesta limitada de serviços, diferenciada segundo grupos de renda, em uma nova abordagem da APS seletiva que alia seguros privados e pacotes mínimos” (FAUSTO *et al.*, 2018).

Ao mesmo tempo, assiste-se o crescimento da APS no setor suplementar brasileiro (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011), o que, num primeiro momento, parece positivo no que tange a uma melhor qualidade no vínculo e integralidade da atenção, se não tivesse aí embutida uma lógica economicista de redução de gastos (BARBOSA; CELINO; COSTA, 2015), o preparo para uma maior integração do setor público com o setor privado na APS, com possibilidade de compra de serviços de APS do SUS ao setor privado e/ou risco de migração dos médicos de família e comunidade para o setor privado minando os esforços feitos pelo Estado para formação desses profissionais (MACHADO; MELO; PAULA, 2019).

Neste sentido, o Instituto Coalizão Saúde (ICOS), formado por lideranças da cadeia produtiva do setor saúde no Brasil, sugeriu, no seu caderno de propostas de 2018, ampliar “a participação dos prestadores privados de assistência à saúde na definição do desenho, planejamento e execução das políticas nacionais de saúde”, assim como “ampliar a atenção primária, expandindo-a de maneira significativa nos setores público e privado” (COALIZÃO SAÚDE, 2019).

Como continuidade e radicalização do projeto neoliberal implantado pelo presidente Michel Temer, foi eleito em outubro de 2018 o presidente Jair Messias Bolsonaro, apoiado por organizações religiosas, militares, setores conservadores das elites e classes médias, além de setores populares reativos ao establishment político (GUIMARÃES, 2018). Em seu programa de governo, propôs medidas econômicas que englobam autonomia do banco central, privatizações de empresas estatais, maior abertura ao comércio internacional, além de reforma da previdência baseada no modelo de capitalização (GUIMARÃES, 2018).

Ao lado de um projeto econômico ultraneoliberal, apresentou um projeto social retrógrado, partindo da premissa de que todos os políticos e partidos de esquerda são corruptos e que esta teria promovido o abandono de valores tradicionais de família, de moral e de comportamento (GUIMARÃES, 2018). Assim, foram apresentadas agendas como “escola sem partido” e a eliminação de obrigatoriedade do ensino de sociologia, história e filosofia no ensino médio, contrariedade implícita quanto à liberdade de orientação sexual, criminalização do

aborto em qualquer circunstância, maiores facilidades para o armamento da população civil, redução da maior idade penal (GUIMARÃES, 2018).

No âmbito da saúde, os empresários do setor passaram a ter como representante o próprio ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, ex-presidente da Unimed Campo Grande, que também advogaria pelo fortalecimento da APS. Porém, iniciou o governo com a saída de mais de 8 mil médicos cubanos, sem renovar o acordo de cooperação técnica entre Cuba e Brasil estabelecido através do PMM (LIMA; CARVALHO; COELI, 2019). Assim, apesar de o Ministério da Saúde ter aberto um processo seletivo visando à ocupação das vagas por médicos brasileiros, apresentou dificuldades na cobertura de áreas de mais difícil acesso, como é o caso dos DSEIs (FIGUEIREDO, 2019; LIMA; CARVALHO; COELI, 2019).

Agravos como sarampo, considerados erradicados no Brasil desde 2015, foram reintroduzidos no País, levando à perda do certificado internacional de país livre do sarampo (FUJITA, 2019), somado a uma queda da cobertura vacinal, que chegou a cerca de 80% em 2016, em contraponto a uma realidade de cobertura acima de 95% desde a década de 1990, além do aumento das mortalidades infantil e materna (SATO, 2018).

Por fim, a pandemia de Covid-19 não apenas agravou as crises econômica, social, política, ambiental e sanitária já instaladas no Brasil como desvelou o caráter necropolítico e genocida do governo federal, que condena ao extermínio a população pobre, negra e indígena do País (BARDI *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2020; VERONESE; DE ALMEIDA, 2021).

Considerada a maior crise mundial desde a década de 1930, a pandemia de Covid-19 teve uma resposta considerada caótica no Brasil, com falta de coordenação e cooperação intergovernamental, chegando o governo federal a realizar ameaças aos entes subnacionais que atuaram coerentemente, adotando medidas de intervenção social compulsória para redução do contágio (quarentenas, restrição de mobilidade, redução de interação social, distanciamento físico), recomendadas por organizações científicas e sanitárias nacionais e internacionais (ABRUCIO *et al.*, 2020; ALMEIDA-FILHO, 2021; CAMPOS, 2020).

Além disso, houve uma inicial e contínua priorização da atenção hospitalar para prevenção de complicações e óbitos dos casos graves, a partir da abertura de hospitais de campanha e leitos de unidades de terapia intensiva (UTI), o que se deu em detrimento do fortalecimento da APS e sua abordagem comunitária, somada à

vigilância em saúde. Segundo Giovanella e outros (2021), perderam-se oportunidades de uma efetiva atuação da APS no Brasil, assim como em outros países do mundo, não havendo correção de rumos, como aconteceu em outros países, mesmo quando já estava clara a importância da identificação precoce, isolamento dos casos e busca ativa de contatos, para controle e bloqueio das cadeias de transmissão.

A descaracterização da APS, aproximando-a de um modelo de assistência individual – com a retirada de incentivos para custeio aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a flexibilização para a composição de equipes sem ACS, a ruptura do contrato entre Brasil e Cuba no PMM e a exclusão de fonoaudiólogos, fisioterapeutas e nutricionistas do Programa de Residência Multiprofissional –, foi um presságio do que viria pela frente (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). No contexto da pandemia, não se fortaleceu adequadamente a atuação dos/as ACS, tendo o governo federal impedido a recontração de médicos cubanos pelo Ministério da Saúde, ao mesmo tempo que barrou as possibilidades que tentaram ser construídas pelos entes subnacionais para recompor o quadro de médicos na APS via convênios internacionais.

Transcorridos quase dois anos de pandemia, chamou atenção a resposta dos países africanos que não tiveram, no geral, um impacto tão grande em número de mortes quando se compara à realidade dos demais continentes. Tal fato pode estar relacionado à memória e aprendizagem adquirida pela população das medidas preventivas, já que vivenciaram a epidemia de ebola, mas também à centralidade dada aos serviços de APS, liderança e coordenação oportunas dos ministros, que adotaram uma estratégia continental conjunta para “limitar a transmissão, limitar as mortes e limitar os danos e impactos sociais e econômicos sobre outras doenças endêmicas” (MAEDA; NKENGASONG, 2021).

No Brasil, várias experiências municipais e/ou de USF específicas tiveram destaque de sucesso em uma ou mais dimensões apontadas por Giovanella e outros (2021) como campos essenciais para atuação da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica no SUS na rede de enfrentamento da pandemia de Covid-19: a “vigilância em saúde nos territórios”, o “cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19”, a “ação comunitária de apoio aos grupos vulneráveis no território por sua situação de saúde ou social” e a “continuidade dos cuidados rotineiros da APS”.

Porém, o Brasil esbarrou também na insuficiência do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), que não dispunha de capacidade para produzir insumos para testes da Covid-19, ventiladores e respiradores artificiais, princípios ativos de medicamentos, nem mesmo equipamentos de proteção individual (EPIs) básicos, como máscaras de proteção individual (CASSIOLATO; FALCÓN; SZAPIRO, 2021).

Em que pese “o ativismo e potencial de algumas universidades e centros de pesquisa, que desenvolveram em tempo recorde testes e respiradores”, tais iniciativas representaram resultados limitados mediante o problema estrutural do modelo de desenvolvimento brasileiro, com crescente desindustrialização, o que demanda recorrer ao comércio internacional para garantir insumos e equipamentos suficientes a uma efetiva segurança em saúde (GADELHA, 2021; SARTI; HIRATUKA; FONSECA, 2021).

Tendo em vista tamanha dependência, as relações internacionais e a diplomacia em saúde se fizeram estratégicas para o Brasil, o que foi, porém, considerado desastroso. Foram constantes as tensões diplomáticas do Brasil com a China, o maior parceiro comercial do Brasil e exportador mundial de medicamentos, equipamentos e materiais médico-hospitalares; somadas às críticas e aos ataques brasileiros ao multilateralismo e aos organismos internacionais de governança global da saúde, o que atrasou, inclusive, a aquisição de vacinas e de insumos estratégicos para produção local pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Instituto Butantã (ALVARENGA *et al.*, 2021; SOUZA; BUSS, 2021).

Nesse ponto, vale destacar que as parcerias da Fiocruz com a AstraZeneca/Oxford University e do Butantã com a Sinovac Biotech têm assegurado aos brasileiros o acesso às vacinas; no entanto, a campanha de vacinação não tem tido o grau de organização que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) costumava imprimir junto aos entes subnacionais em outras epidemias, em que o governo federal centralizava a coordenação, garantindo de forma eficiente e equitativa a vacinação da população via serviços de APS no SUS (SOUZA; BUSS, 2021).

Transcorreu, porém, que o governo federal se negou a fazer campanhas de comunicação em massa, além da recusa na aquisição de 70 milhões de doses da vacina da Pfizer, com o Presidente da República desacreditando a eficácia da Coronavac, disseminando *fake news* sobre a efetividade da vacinação contra a Covid-19 e persistindo no incentivo ao uso de medicamentos comprovadamente

ineficazes (cloroquina e hidroxicloroquina) como “tratamento precoce” (FLOSS *et al.*, 2021; VENTURA; PERRONE-MOISÉS; MARTIN-CHENUT, 2021).

Quanto ao financiamento, a excepcionalidade da pandemia forçou a aprovação de despesas extraordinárias com saúde no orçamento da União, com dotação extra de R\$63,7 bilhões, somando um total de R\$198 bilhões autorizados para o ano de 2020. Porém, mesmo que o cenário social e sanitário apontasse para a necessidade de manter recursos para saúde, o orçamento de 2021 aprovado foi reduzido para R\$144,8 bilhões, levando a um contínuo de número de mortes, seja por Covid-19, seja por outras causas cujos cuidados foram represados no primeiro ano da pandemia (RACHE *et al.*, 2021).

A lentidão na execução orçamentária dos recursos federais destinados à saúde também foi um ponto crítico ao longo do ano de 2020, agravando os problemas estruturais de financiamento do SUS, tanto para transferir aos estados e municípios como para aplicar diretamente o que lhes caberia no enfrentamento da pandemia de Covid-19 (ROSSI; DAVID, 2021; SERVO *et al.*, 2021).

Quanto às medidas de proteção social, houve pressão e mobilização social, considerando o contexto de desigualdade, pobreza, racismo, machismo, informalidade e desemprego crescente no País. Ficou evidente a importância de sistemas públicos universais a partir de uma perspectiva ampliada de saúde, que abrange o direito a terra, moradia, alimentação, saneamento, acesso à água, trabalho e renda (SANTOS *et al.*, 2021).

Em abril de 2020, o governo brasileiro sancionou o PL 13.982, estabelecendo o auxílio emergencial, considerado o maior programa de transferência de renda já existente no País em termos de sua abrangência. Ao término do ano de 2020, o programa foi reduzido tanto em termos do valor transferido por pessoa quanto em relação à abrangência dos beneficiários, além das barreiras encontradas na forma de implantação, como afirmam Marins e outros (2021, p. 669):

- i. as longas filas para cadastramento do benefício, gerando aglomeração; ii. as dificuldades iniciais quanto ao CPF não regularizado; iii. a demora na tomada de decisão para o pagamento do auxílio; iv. a precariedade dos recursos humanos; v. o limitado conhecimento com as tecnologias digitais entre a população mais vulnerável; e vi. os problemas de ineficiências horizontal e vertical.

Seja pressionando governantes, parlamentares, ministério público e poder judiciário, seja realizando ações de solidariedade e promoção da saúde, foi

marcante o protagonismo da sociedade civil ao longo de toda pandemia até os dias atuais, haja vista a insuficiência das políticas neoliberais e do mercado para salvar vidas.

De caráter mais formulador, articulador e de pressão macropolítica, destacou-se a atuação da “Frente pela Vida”, que envolveu mais de 600 organizações e movimentos sociais, protagonizada pelo Movimento Sanitário (FRENTE PELA VIDA, 2020). “Motivada pela necessidade imediata de mudanças na resposta à pandemia do novo coronavírus e diante da inoperância por parte do Governo Federal”, a Frente chegou a elaborar e apresentar aos gestores um “Plano Nacional de Enfrentamento à pandemia de Covid-19” fundamentado nas melhores evidências científicas (FRENTE PELA VIDA, 2020).

Em relação às ações de solidariedade e promoção da saúde, muitas foram as iniciativas, incluindo entrega de cestas básicas, kits de higiene pessoal; construção de pias para lavagem de mãos; confecção de máscaras de proteção individual; organização de cozinhas comunitárias; assessoria para acesso ao auxílio emergencial; apoio às mulheres vítimas de violência e à população lésbica, gay, bissexual, transexual, travesti, transgênero, queer, intersexuais, assexuais e mais (LGBTQIA+); produção de material em linguagem facilitada para realização de educação popular em saúde e comunicação social; organização de gabinetes de crise, comitês populares, observatórios acadêmico-populares, barreiras sanitárias populares – o que variou entre abordagens utilitaristas e de justiça social (BISPO; MORAIS, 2020; CARNEIRO; PESSOA, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2021). O que se assiste no Brasil de 2021 é um contexto de crise social e econômica agravada, com taxa de desemprego de 14%, mais de 50% da população com algum grau de insegurança alimentar, somado aos elevados números de Síndrome Pós-Covid-19 e sofrimento mental (CARVALHO, 2021; LOPEZ-LEON *et al.*, 2021; PASQUALOTO *et al.*, 2021; REDE PENSSAN, 2021).

Em outubro de 2021, mais de 50% da população brasileira já se encontravam com esquema vacinal completo, com um curso decrescente de casos confirmados e óbitos. Porém, nesse mesmo mês, o País registrou 600.000 mortes por Covid-19, o que o colocou no primeiro lugar do mundo em óbitos neste ano. Em termos relativos, alcançou, até o referido mês, o 22º lugar em número de casos por milhão de habitantes e o 7º lugar em número de óbitos por milhão de habitantes, o que

corresponde a 12,4% dos mortos, mesmo tendo apenas 2,7% da população mundial (BRASIL, 2021a; OUR WORLD IN DATA, 2021).

Assim, foi instalada, em 27 de abril de 2021, uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, que vem colhendo depoimentos de diversos sujeitos sobre a condução e impactos da pandemia que poderiam ser evitados. Segundo relatório final da CPI, divulgado em outubro de 2021, foram denunciadas as motivações e estrutura política utilizada pelo governo federal para insistência no “tratamento precoce” sem comprovação científica; atuação em oposição às medidas não farmacológicas; recusa e atraso na aquisição de vacinas; a crise do estado do Amazonas, com negligência e descoordenação que chegaram a ocasionar falta de oxigênio; casos de corrupção do governo, como negociação de propina na compra de vacinas; o genocídio contra povos indígenas e quilombolas; a estrutura governamental de produção e disseminação de fake news; escândalo ético do grupo de medicina privada Prevent Senior, que teria realizado experimentos com seres humanos sem autorização, sendo este o ápice da CPI e das barbáries denunciadas (BARRETO JÚNIOR *et al.*, 2021; BRASIL, 2021c).

O Presidente da República, Jair Bolsonaro, foi indiciado no relatório final da CPI por 11 crimes, incluindo acusações de crime contra a humanidade, charlatanismo, infração de medida sanitária preventiva, emprego irregular de verbas públicas, prevaricação, genocídio de indígenas – também, outras 70 pessoas e 2 empresas foram indiciadas (BRASIL, 2021c).

Neste mesmo sentido, estudo do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Universidade de São Paulo (USP) concluiu que as ações do governo federal não foram falta de aptidão, mas, sim, uma estratégia coordenada, baseada na tese de promover uma “imunidade de rebanho” por contágio, como resposta à pandemia. Nessa tese, as vidas perdidas e as sequelas deixadas pela doença causariam menos prejuízo que aqueles decorrentes da redução da atividade econômica (VENTURA; AITH; REIS, 2021). Desta forma, fica evidente por que o Brasil chegou a ser referido como “uma ameaça à saúde global”, um celeiro de novas variantes do vírus, sendo a resposta brasileira considerada uma catástrofe humanitária e a pior do mundo (JUBILUT; SANTOS; PUCCINELLI, 2021; MORAIS, 2020).

Dado o contexto apresentado, percebe-se que o desafio brasileiro de alcance do direito universal à saúde, a partir de uma APS integral, de base comunitária,

mediada pelos/as ACS, é parte do desafio maior de conquista da justiça social, não sendo diferente à realidade de outros países.

## **2.2 Agentes comunitários/as de saúde: o que dizem os estudos internacionais?**

Um dos primeiros programas de ACS em larga escala registrados na literatura foi em Ding Xian, na China, na década de 1920, quando agricultores analfabetos, chamados “fazendeiros escolares”, foram treinados para registrar nascimentos e mortes, vacinar, realizar primeiros socorros e educação em saúde, além de orientar a limpeza dos poços. Conhecidos posteriormente como “médicos de pés descalços”, chegaram a 1 milhão em 1972 na República Popular da China (PERRY; CRIGLER, 2013).

Na década de 1960, a abordagem dos médicos de pés descalços serviu de modelo para os primeiros programas de ACS em muitos países – como Honduras, Índia, Indonésia, Tanzânia e Venezuela – que, juntamente com a Comissão Médica Cristã, do Conselho Mundial de Igrejas (CMI), incorporaram os princípios da justiça, equidade, participação da comunidade, intersetorialidade, descentralização e trabalho em equipe (PERRY; CRIGLER, 2013).

Tais experiências serviram de base intelectual para a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata (atual Cazaquistão) em 1978, que sugeriu, em sua declaração final, que os cuidados primários de saúde fossem desenvolvidos por médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, assim como praticantes tradicionais, conforme fosse necessário (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

O Programa de Planejamento Familiar baseado na Comunidade de Bangladesh, o Programa Mulheres Comunitárias de Saúde Voluntárias do Nepal e o PACS no Brasil, são exemplos notáveis de programas estabelecidos nas décadas de 1970, 1980 e 1990, com rápidas conquistas na redução da mortalidade de menores de cinco anos (PERRY; CRIGLER, 2013). Apesar disso, há insuficiência no modelo de medicina ocidental, crise global da força de trabalho em saúde (FTS) e um persistente deficit global de milhões de profissionais de saúde que continuam afetando quase todos os países, somado à desigualdade regional, nacional e subnacional na distribuição e no acesso a essa força de trabalho, particularmente em regiões rurais, periferias urbanas ou de difícil acesso (DAL POZ, 2013).

O documento elaborado pela OMS denominado “A estratégia global sobre recursos humanos para saúde: força de trabalho 2030” estima uma demanda até 2030 de 80 milhões de trabalhadores: 2,4 milhões na África, 15,3 milhões nas Américas, 6,2 milhões no Mediterrâneo Oriental, 18,2 milhões na Europa, 12,2 milhões no Sudeste Asiático e 25,9 milhões no Pacífico Ocidental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016). Baseada nesse documento, a Assembleia Mundial da Saúde de 2016 incentivou os países a adotarem uma combinação de habilidades diversificada e sustentável, aproveitando o potencial de saúde de nível médio e comunitário na composição de equipes de atenção primária interprofissional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

Desta forma, e a partir da perspectiva da CUS, observou-se, na última década, uma retomada da agenda em torno de programas de ACS, com introdução, ampliação ou alteração de escopo de práticas desses trabalhadores em sistemas de saúde de países de baixa renda, e mesmo em países de alta renda. Objetiva-se, por meio desses programas, atender necessidades de saúde da população, qualificar o acesso aos serviços, abordar as desigualdades de saúde, melhorar o desempenho e a eficiência do sistema de saúde (HANNAY; HEROUX, 2016; PERRY, 2020; SCHNEIDER; LEHMANN, 2016;).

Apesar de o termo “agentes comunitários de saúde” ter baixa especificidade internacionalmente, referindo-se à tipologia de leigos e trabalhadores com educação formal, vinculados aos sistemas de saúde formal ou informalmente, de forma remunerada e não remunerada, já é possível listar os principais termos encontrados na literatura, conforme apresentado no quadro 1, a seguir.

**Quadro 1** – Termos relacionados a “agente comunitário de saúde” em países de baixa, média e alta renda

(continua)

	CONTINENTE	PAÍSES	TERMOS
1	América Latina	Bolívia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotores de Saúde</li> <li>• Agentes Comunitários de Saúde</li> </ul>
2		Brasil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes Comunitários de Saúde</li> </ul>
3		Cuba	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brigadistas Sanitárias</li> </ul>
4		Equador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnico Superior em Atenção Primária de Saúde</li> </ul>
5		Nicarágua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brigadista</li> <li>• Parteiras voluntárias</li> <li>• Promotores de saúde</li> </ul>
6		Peru	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Rijcharismo</i> (1933)</li> <li>• Agentes Comunitários de Saúde (1980)</li> <li>• Educador Comunal em Nutrição (2015)</li> </ul>
7	América Latina	Venezuela	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perito Sanitário (1961)</li> <li>• Auxiliares de Medicina Simplificada (1962)</li> <li>• Agente Comunitário de Atenção Primária à Saúde (1999)</li> <li>• Defensores da Saúde (2000)</li> </ul>
8	América do Norte	EUA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhadores Comunitários de Saúde</li> </ul>
9		Canadá	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representantes de Saúde Comunitária</li> <li>• Profissionais/Promotores/Conselheiros de Saúde Leigos</li> <li>• Trabalhadores Comunitários de Saúde</li> </ul>
10	Europa	Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinadores de saúde</li> </ul>
11	Ásia	Afganistão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhadores Comunitários de Saúde</li> </ul>
12		Bangladesh	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistente de Bem-Estar da Família</li> <li>• <i>Shasthya Shebika</i></li> <li>• <i>Shasthya Kormi</i></li> <li>• Assistente de Saúde</li> <li>• Provedor de Saúde Comunitária</li> </ul>
13		Butão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agente de Saúde da Aldeia</li> </ul>
14		China	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos de pés descalços (1950-1980)</li> <li>• Médicos de Aldeia</li> <li>• Trabalhadores Comunitários de Saúde</li> </ul>
15		Filipinas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhadores de Saúde de Barangay</li> </ul>
16		Índia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhador Anganwadi</li> <li>• Ativista Social de Saúde credenciado</li> <li>• Auxiliar de Enfermeira Parteira</li> </ul>
17		Indonésia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kaders</i></li> </ul>
18		Irã	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Behvarz</i></li> <li>• <i>Moraghebe-Salamat</i></li> </ul>

**Quadro 1** – Termos relacionados a “agente comunitário de saúde” em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

	CONTINENTE	PAÍSES	TERMOS
19	Ásia	Myanmar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parteiras auxiliares</li> <li>• Trabalhadores Comunitários de Saúde</li> <li>• Voluntários da Malária</li> <li>• Voluntário da Tuberculose</li> </ul>
20		Nepal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntária de Saúde Comunitária Feminina</li> <li>• Profissional de Saúde Materno-Infantil</li> <li>• Agente de Saúde da Aldeia</li> </ul>
21		Paquistão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senhora Trabalhadora de Saúde</li> </ul>
22		Sri Lanka	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhadores Comunitários de Saúde</li> </ul>
23		Tailândia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntário de Saúde da Aldeia</li> </ul>
24	África	África do Sul	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhadores Comunitários de Saúde</li> </ul>
25		Burkina Faso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agente Itinerante de Saúde</li> </ul>
26		Etiópia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhador de Extensão da Saúde</li> <li>• Exército de Desenvolvimento Feminino</li> </ul>
27		Gâmbia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhadores de Saúde da Aldeia</li> </ul>
28		Gana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficial de Saúde Comunitária</li> <li>• Voluntário de Saúde Comunitária</li> </ul>
29		Quênia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntário de Saúde Comunitária</li> <li>• Trabalhadores de Extensão de Saúde Comunitária</li> </ul>
30		Libéria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistente Comunitário de Saúde</li> </ul>
31		Malawi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistente de Vigilância Sanitária</li> </ul>
32		Mali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes de Saúde Comunitários</li> </ul>
33		África	Madagascar
34	Moçambique		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes Polivalentes Elementares</li> </ul>
35	Niger		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agente de Saúde Comunitária</li> <li>• Voluntários Retransmissores</li> </ul>
36	Nigéria		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhadores Voluntários da Saúde da Aldeia</li> <li>• Trabalhadores de Extensão de Saúde Comunitária</li> </ul>
37	Uganda		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipes de Saúde da Aldeia</li> </ul>
38	Ruanda		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animador de Saúde Materna</li> <li>• Binomial</li> </ul>
39	Serra Leoa		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhadores Comunitários de Saúde</li> </ul>
40	Tanzânia		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhadores Comunitários de Saúde</li> </ul>
41	Zâmbia		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistente Comunitário de Saúde</li> </ul>
42	Zimbábue		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agente de Saúde da Aldeia</li> </ul>

**Quadro 1** – Termos relacionados a “agente comunitário de saúde” em países de baixa, média e alta renda

(conclusão)

	<b>CONTINENTE</b>	<b>PAÍSES</b>	<b>TERMOS</b>
43	Oceania	Austrália	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navegadores da comunidade</li> <li>• Trabalhadores Leigos da Saúde</li> </ul>
44		Papua Nova Guiné	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalhadores Comunitários de Saúde</li> </ul>

Fonte: a autora.

Como pode-se observar, a grande concentração de programas de ACS ainda ocorre em países de baixa e média renda da África e Ásia, com algumas poucas experiências em países de alta renda na América do Norte e na Oceania.

Esses termos podem ser considerados sinônimos de ACS, com grandes variações em seu escopo de prática, treinamento e vinculação com o sistema de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018; PERRY, 2020).

Segunda a Organização Internacional do Trabalho (2012, p. 112), através da Classificação Internacional de Classes de Profissões, os/as ACS

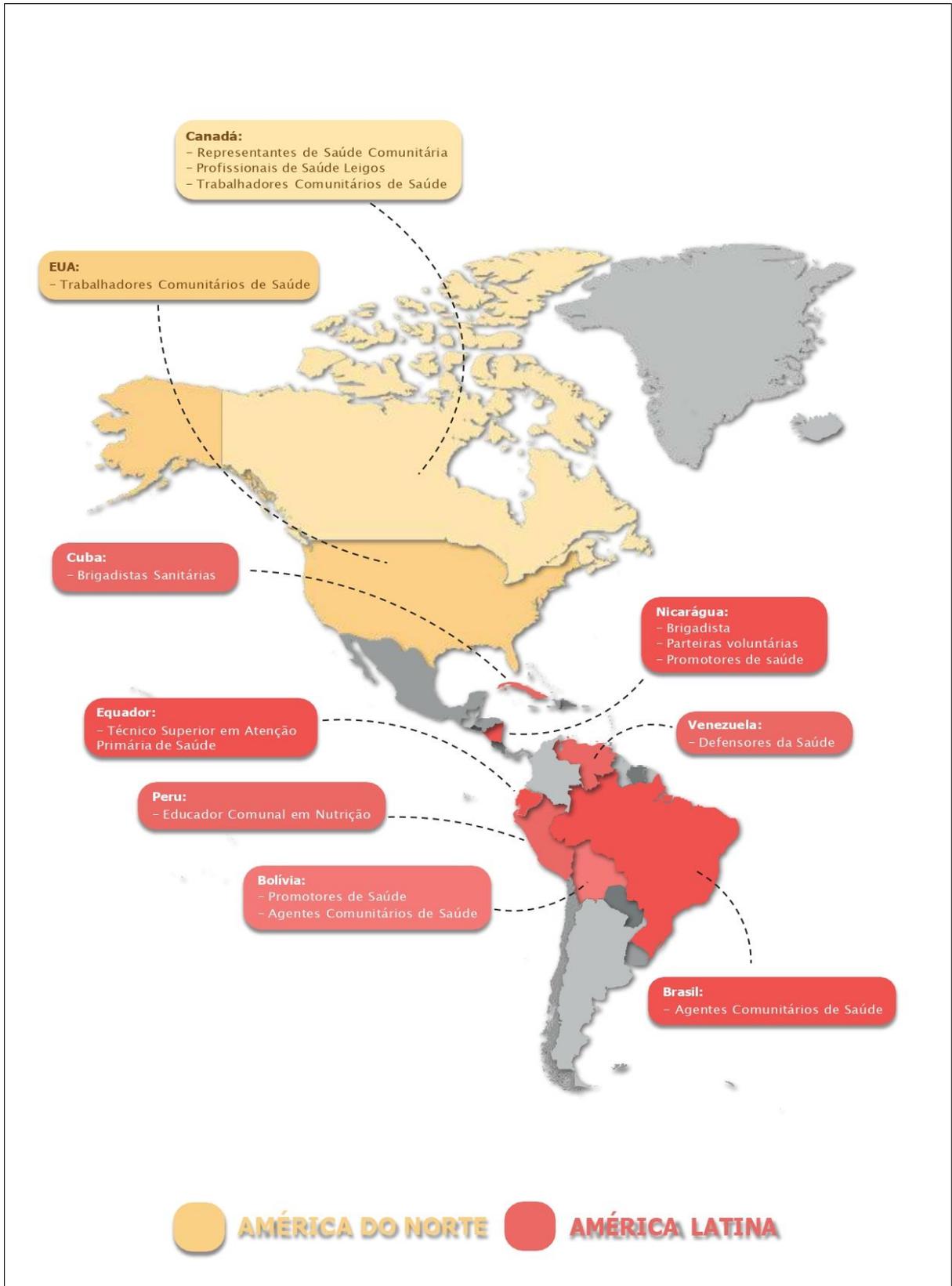
Fornecem educação em saúde e encaminhamentos para uma ampla gama de serviços, e fornecem apoio e assistência a comunidades, famílias e indivíduos com medidas preventivas de saúde e acesso a serviços sociais e de saúde adequados. Eles criam uma ponte entre provedores de saúde, serviços sociais e comunitários e comunidades que podem ter dificuldade em acessar esses serviços.

A figura 1 (A, B, C), a seguir, representa a distribuição geográfica de ACS no mapa, com as respectivas denominações recebidas.

**Figura 1** – Distribuição geográfica de ACS no mundo e termos utilizados para nomeá-los

(continua)

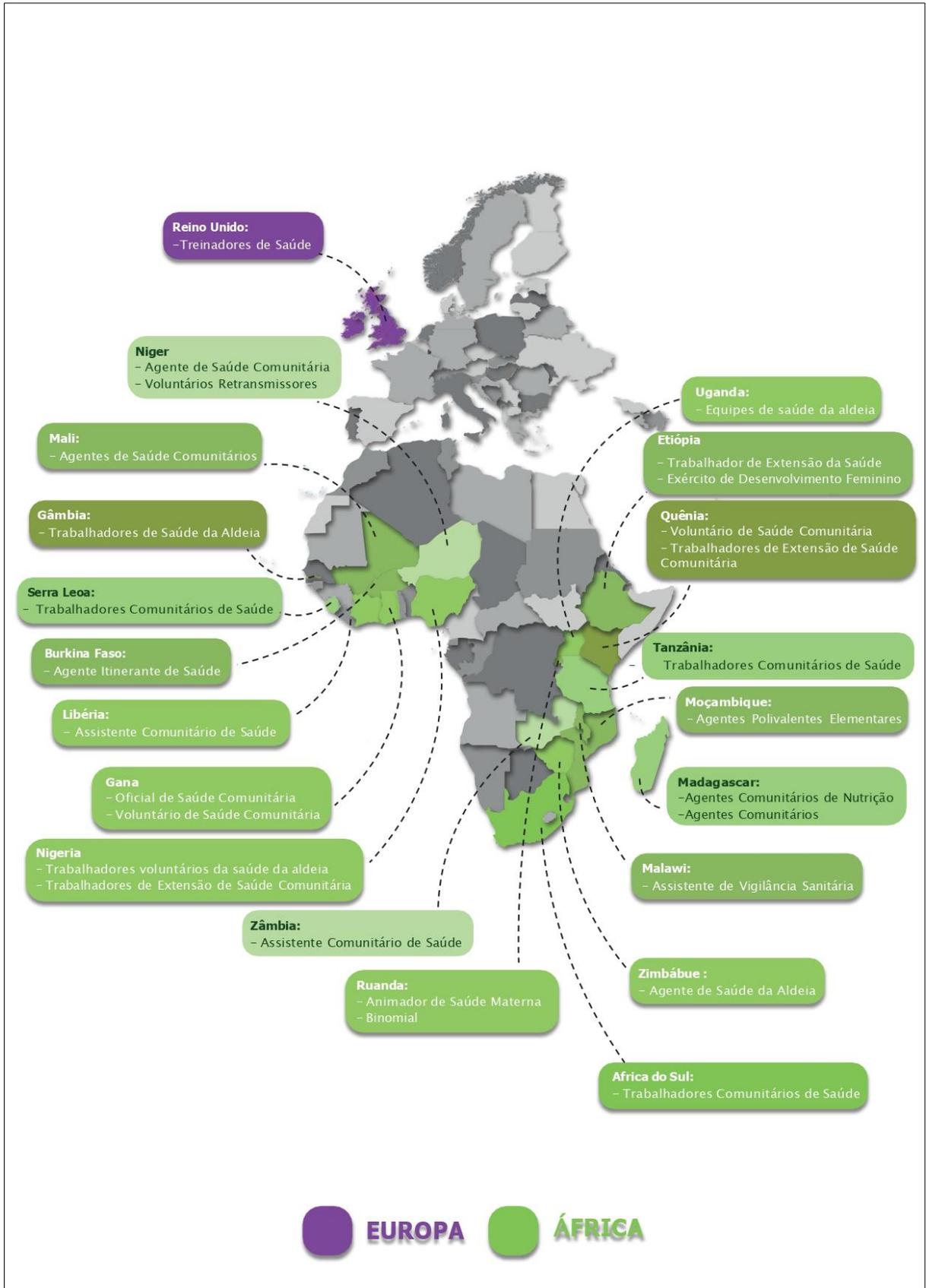
A)



**Figura 1** – Distribuição geográfica de ACS no mundo e termos utilizados para nomeá-los

(continuação)

**B)**





**Figura 1 – Distribuição geográfica de ACS no mundo e termos utilizados para nomeá-los**

(conclusão)

c)



Fonte: a autora.

A contribuição destes/as trabalhadores/as em áreas como saúde neonatal e infantil, saúde materna, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis e doenças tropicais é destacada por vários estudos, em diferentes países do mundo (GILMORE; MCAULIFFE, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018; PERRY, 2020).

Uma revisão sistemática das revisões existentes sobre os/as ACS foi desenvolvida por Scott e outros (2018), incluindo 122 estudos, a maioria relativos aos países de renda média e baixa, enfocando uma série de intervenções de APS (visitas domiciliares, educação em saúde, etc.), de saúde da criança e saúde materno-infantil. Quanto às funções dos/as ACS, Scott e outros (2018) agruparam seis categorias gerais: 1. fornecer diagnóstico, tratamento e outros serviços clínicos; 2. auxiliar na utilização adequada dos serviços de saúde e fazer encaminhamentos; 3. fornecer educação em saúde e motivação para mudança de comportamento entre os membros da comunidade; 4. coletar e registrar dados; 5. melhorar as relações entre serviços de saúde e comunidades; 6. fornecer apoio psicossocial (SCOTT *et al.*, 2018).

Entre as revisões que avaliaram as contribuições dos/as ACS para abordar questões de saúde específicas, a maioria descobriu que os/as ACS podem melhorar os resultados de saúde com intervenções de Atenção Primária à Saúde (apoio por telefone, visitas domiciliares, prevenção de doenças, melhora de hábitos alimentares, aumento de atividades físicas); saúde neonatal e infantil (melhora do desenvolvimento infantil, pesagem das crianças, tratamento de pneumonia, redução da mortalidade e morbidade infantil); saúde materna (redução da mortalidade materna, apoio psicossocial para redução de depressão pós-parto); imunização (aumento do número de crianças com vacinas em dia); contracepção (aumento do uso de contraceptivo, através de aconselhamento, fornecimento e referência à unidade de saúde para uso de contraceptivo); amamentação (aumento da continuidade da amamentação e atraso na introdução da mamadeira); controle e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) (diabetes, câncer, saúde mental, asma, doenças crônicas, hipertensão) e de doenças infecciosas (HIV, malária, tuberculose, doenças tropicais negligenciadas, úlcera de Buruli, hepatite B) (SCOTT *et al.*, 2018).

Uma constatação da literatura também é a de que o número, a complexidade e a variedade de funções desempenhadas pelos/as ACS variam substancialmente

de acordo com as necessidades e contextos de cada país, sendo percebida uma evolução de funções ao longo do tempo (PERRY, 2020; SOUTH *et al.*, 2013). Em países de rendas baixa e média, os/as ACS geralmente prestam serviços curativos, tendo em vista substituírem atribuições de profissionais de nível superior escassos nesses países e a difícil fixação em áreas remotas.

Já em países de alta renda, geralmente, os/as ACS têm como objetivo principal combater as iniquidades e prevenir doenças não transmissíveis junto a grupos vulneráveis, como imigrantes, aborígenes, e de baixa renda, como sem-tetos. Segundo Najafizada e outros (2015), as atividades são endereçadas, principalmente, a questões de saúde relacionadas a cultura, etnia, raça, gênero e linguagem, variando de apoio ao acesso a serviços de saúde, cuidados primários de saúde, provisão de serviços sociais para o desenvolvimento da comunidade, assim como advocacy, considerando os determinantes sociais da saúde.

Outra revisão sistemática de literatura sobre o uso de tecnologias móveis por ACS aponta para o uso de ferramentas móveis para coletar dados, receber alertas e lembretes, facilitar sessões de educação em saúde e conduzir a comunicação pessoa a pessoa, reverberando em melhor qualidade do atendimento prestado, maior eficiência dos serviços e maior capacidade de monitoramento do programa (BRAUN *et al.*, 2013).

A maioria dos artigos relacionados ao uso de tecnologias móveis registra experiências de países em desenvolvimento, em áreas rurais, abordando questões sobre saúde sexual, reprodutiva, materna e infantil, HIV/Aids, tuberculose e malária. A tecnologia mHealth foi mais comumente usada para coleta de dados, suporte a decisões, alertas e lembretes, facilitando as atividades dos/as ACS associadas à pesquisa de campo e à prestação direta de assistência médica (BRAUN *et al.*, 2013).

Estudo recente, coordenado por Perry (2020) por meio da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (Usaid), catalogou experiências de 29 países, somando 8,4 milhões de ACS, o que é um número subestimado, segundo interpretação dos autores. As formações oferecidas nas realidades dos diversos países variaram de treinamentos de 43 horas (Tailândia), passando por cursos técnicos de um ano (Tanzânia, Etiópia), até tecnólogos (Equador) e bacharelados em saúde pública, obstetrícia ou enfermagem (Irã).

A área de influência para cada ACS variou de 20 a 2.000 pessoas, com grande parte recebendo alguma supervisão. As remunerações variaram: voluntários sem remuneração (Afeganistão, Indonésia, Uganda, Ruanda); salários mensais (Irã, Paquistão, Tailândia, África do Sul, Gana); incentivos por desempenho (Índia); empréstimos para estabelecer fundos rotativos, usados para ganhar algum dinheiro com a venda de produtos de saúde (Shasthya Shebika, em Bangladesh) (PERRY, 2020). As baixas e ausentes remunerações e a falta de oportunidades na progressão da carreira são vistas como ameaças à motivação e à sustentabilidade dos programas de ACS em muitos países (PERRY, 2020).

As práticas realizadas, prioritariamente, estão voltadas para ações de promoção, prevenção e vigilância nas comunidades, encaminhamentos para serviços de saúde, com algumas realidades que promovem pequenas práticas curativas e terapias medicamentosas para doenças infantis graves, malária, tuberculose e/ou administração de anticoncepcionais injetáveis. O impacto na redução da mortalidade infantil foi um dos indicadores ressaltados para avaliar o impacto, ainda havendo grande enfoque dos programas nos cuidados materno-infantis (PERRY, 2020).

O predomínio de mulheres ACS foi destacado como fortaleza para o desenvolvimento socioeconômico e para o empoderamento das mulheres em diversos contextos, porém ainda são avaliados como fracos o apoio político e o financiamento, assim como o fornecimento de medicamentos e equipamentos para melhor viabilizar os programas (PERRY, 2020).

O quadro 2, na sequência, resume informações sobre práticas, formação e condições de trabalho de ACS em alguns países do mundo.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continua)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
AMÉRICA LATINA	Cuba	Brigadistas Sanitárias	1959	NE*	Atualmente apoiam médicos e enfermeiros da APS, realizando ações de promoção e prevenção. * Logo após a revolução cubana, realizaram vacinação em massa, higienização de bairros insalubres, organização de cursos de primeiros socorros e capacitação de outros instrutores.	Cursos de capacitação de curta duração.	Voluntários, com atuação orientada e monitorada pelo poder público.
	Equador	Técnicos de Atenção Primária à Saúde (TAPS)	1989	NE*	Promoção e prevenção junto às Equipes de Atenção Integral à Saúde.	Formação de nível superior, tecnológica, realizada em um instituto superior de educação por dois anos.	Possuem vínculo empregatício, com atuação orientada e monitorada pelo poder público. Recebem bolsas durante sua formação como TAPS.
	Peru	Educador Comunal em Nutrição	2015	NE*	Gerenciar casos de diarreia e pneumonia. Encaminhar casos que precisam de cuidados para instalações superiores. Mapear a população, identificar e rastrear famílias com crianças pequenas e mulheres grávidas. Contribuir para o fortalecimento da participação cidadã.	Cursos de capacitação de curta duração.	Voluntários, com atuação orientada e monitorada pelo poder público. Recebem estímulos não monetários como certificados, equipamentos e vestimentas de trabalho.
	Venezuela	Agente Comunitário de Atenção Primária à Saúde (ACAPS)  Defensores da Saúde	1999	NE*	A função dos ACAPS é realizar atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças e tratamento oportuno das primeiras enfermidades em comunidades indígenas, rurais e de difícil acesso. Os Defensores da Saúde atuam na mobilização comunitária em defesa da Missão Bairro Adentro e eventualmente na rotina de serviços de saúde.	Formação técnica	Possuem vínculo empregatício, com atuação orientada e monitorada pelo poder público.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
AMÉRICA DO NORTE	Canadá	Representantes de Saúde Comunitária (RSC)  Profissionais/Promotores/Conselheiros de Saúde Leigos  Trabalhadores Comunitários de Saúde	NE*	1000 RSC	Facilitação do acesso e utilização dos serviços de saúde para populações marginalizadas, incluindo população aborígene. Promoção à saúde e Educação em Saúde. Detecção e prevenção de HIV. Saúde materna, infantil e de nutrição. Promoção de saúde bucal para crianças pré-escolares. Rastreamento do câncer de mama, de tuberculose e de hepatite B a partir de testagem. Coleta de dados das comunidades que atendem em projetos de pesquisa.	Três tipos de educação e treinamento: programas de treinamento organizacional, programas de treinamento institucional e treinamento no trabalho.	NE*
EUROPA	Reino Unido	Treinadores de Saúde	2006	2.200	Concentram-se em áreas específicas de promoção da saúde e mudança de comportamento, dependendo do programa de trabalho para o qual foram recrutados, por exemplo, cessação do tabagismo, suporte à amamentação, saúde sexual, atividade física e assim por diante. Os treinadores de saúde apoiam os indivíduos a desenvolverem os seus próprios planos de saúde pessoais. Operam em paralelo aos serviços de atenção primária e, embora possam sinalizar e referir-se aos consultórios de clínico geral, geralmente não trabalham diretamente nos consultórios desses clínicos ou com eles.	Treinamento abrangente de baixo nível técnico. O treinamento é realizado localmente, mas é relativamente bem padronizado em todo o Reino Unido.	Muitas vezes, trabalham a tempo parcial e a rotatividade é elevada.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁSIA	Afeganistão	Trabalhadores Comunitários de Saúde	2003	26.560	<p>Tratamento de pacientes com diagnóstico de TB.</p> <p>Promoção à saúde relacionada a água potável e saneamento; higiene pessoal e alimentar; prevenção da malária, incluindo o uso de mosquiteiros tratados com inseticida; gravidez segura, preparação para o parto e cuidados no período pós-parto; nutrição infantil, incluindo amamentação; importância das imunizações; planejamento familiar incluindo administração de anticoncepcional injetável.</p> <p>Encaminhamentos para o nível de atenção seguinte em casos de complicações obstétricas, suporte de saúde mental e primeiros socorros.</p> <p>Realização de Grupos de Ação de Saúde da Família, com o apoio de um comitê de saúde da aldeia (<i>a shura-e-sehie</i>).</p> <p>Manter um mapa da comunidade mostrando as famílias que precisam ou usam serviços específicos.</p> <p>Relatório de eventos vitais (nascimentos, mortes maternas e mortes entre crianças menores de cinco anos) e envio de relatório mensal das atividades do posto de saúde.</p> <p>Gerenciar o posto de saúde e manter todos os equipamentos, suprimentos e medicamentos.</p>	<p>Duração de quatro meses. Três módulos em sala de aula e um mês de experiência prática nas respectivas aldeias. Treinadores visitam os estagiários em suas aldeias durante esse período.</p>	<p>Supervisor de Saúde Comunitário. Formação continuada mensal. Voluntários, com despesas de reuniões e treinamentos pagas.</p>

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁSIA	Bangladesh	Assistente de Bem-Estar da Família (ABEF)  Assistente de Saúde (AS)  Provedor de Saúde Comunitária (PSC)  <i>Shasthya Shebika</i> (SS) <i>Shasthya Kormi</i> (SK)	1976 (ABEF e AS)  2010 (PSC)  1972 (SS) 2002 (SK)	185.000 ABES, AS e PSC  43.000 SS 4.300 SK	Os ABEF incentivam o planejamento familiar, incluindo a distribuição de anticoncepcionais. Encaminham pacientes para cuidados pré-natais, pós-natais e parto normal em unidades de planejamento familiar. Os AS fornecem imunizações e cápsulas de vitamina A e distribuem pacotes de sais de reidratação oral. Os PSC trabalham em clínicas comunitárias, onde prestam cuidados pré e pós-natais, tratam pneumonia, diarreia e anemia; e fornecem anticoncepcionais injetáveis. Os SS realizam visitas domiciliares mensais, educam as famílias sobre nutrição, parto seguro, planejamento familiar, imunizações, higiene e água e saneamento. Também usam esse tempo para vender produtos de saúde, como remédios básicos, absorventes higiênicos e sabonetes. Os SK supervisionam SS, fornecem serviços como confirmação de gravidez, cuidados pré-natais e pós-natais, detecção de sinais de perigo em mães e crianças e encaminhamento, educação sobre câncer de mama e colo do útero, autoexame de mama e facilitação de encaminhamento para mulheres com problemas ginecológicos.	Os ABEF e AS recebem 21 dias de treinamento, seguidos de treinamento no local de trabalho. Os PSC recebem 12 semanas de treinamento. Os SS recebem três semanas de treinamento básico. Os SK recebem duas semanas de treinamento em sala de aula, seguidas por duas semanas de orientação de campo.	A maioria dos ACS trabalham com organizações não governamentais (ONGs), enquanto o restante é empregado pelo governo e recebe salário mensal. Os SS recebem pequenos empréstimos para estabelecer fundos rotativos, que usam para ganhar algum dinheiro com a venda de produtos de saúde. Os SK trabalham em tempo integral e recebem um salário mensal.
	Butão	Agente de Saúde da Aldeia	NE*	NE*	Primeiros socorros para emergências e doenças menores. Notificação de erupção, educação em saúde para planejamento familiar. Serviços de referência. Exame de imunização, atividades de desenvolvimento comunitário.	NE*	NE*

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁSIA	China	Médicos de pés descalços  Médicos de Aldeia  Trabalhadores Comunitários de Saúde (TCS)	1950-1980 (médicos de pés descalços)	NE*	TCS fornecem educação em saúde e auxiliam no manejo de pacientes, incluindo prescrição de antibióticos e pequenas cirurgias. Apoiam programas e serviços relacionados a doenças crônicas não transmissíveis com educação em saúde, monitoramento do uso da medicação e aferição de pressão arterial. Realizam programas de planejamento familiar, saúde materno-infantil, prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis. Tratamento diretamente observado para HIV e tuberculose. Monitoramento da caderneta vacinal e administração de algumas vacinas. Participação em programas de controle do tabagismo. *Médicos de pés descalços (1950-1980): forneciam cuidados básicos de saúde, primeiros socorros, educação em saúde, controle de doenças infecciosas e cuidados infantis.	A maioria dos treinamentos é ministrada por professores ou especialistas por meio de palestras, discussões em sala de aula e em grupo, bem como dramatizações. Também ocorrem treinamentos baseados na web combinados com vídeo, imagem e texto.	O número de TCS em cada centro de saúde varia entre 5 e 10. A população atendida varia de 300 a 2500. Há falta de financiamento e de regulamentação do trabalho pelo governo. A compensação financeira para TCS é fornecida por instituições de saúde locais com base nos serviços que prestaram.
	Filipinas	Trabalhadores de saúde de <i>Barangay</i> (TSB)	1978	NE*	Equipe de frente do centro de saúde: admissão, registro de informações do paciente e/ou sinais vitais, antes de serem vistos por médico/enfermeiro. Contribuem com programa de imunização, cuidados maternos, planejamento familiar e gerenciamento de hipertensão. Realizam mobilização de saúde comunitária, sendo ponte entre a comunidade e o centro de saúde local, muitas vezes trabalhando de casa em casa. Realizam vigilância em saúde, pesquisando condições de saúde prevalentes. Auxiliam parteiras. Promovem educação em saúde e auxiliam os pacientes no autogerenciamento de suas condições crônicas, aferindo pressão arterial nas visitas domiciliares, avisando se há medicamentos no centro de saúde.	Não recebem treinamento formal como TSB antes de iniciar suas funções.	Seleção baseada em relações pessoais e políticas. Trabalhadores de meio período, voluntários. Incentivos não monetários: medicamentos e serviços de saúde gratuitos.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁSIA	Índia	Auxiliar de Enfermeira Parteira (AEP)	NE*	219.000 AEP	<p>AEP e ASSC trabalham no Ministério da Saúde e Bem-Estar da Família, enquanto os TA fazem parte do Ministério da Mulher e do Desenvolvimento Infantil.</p> <p>As AEP têm foco no fornecimento de imunização, educação em saúde e atendimento pré-natal, bem como na realização de partos. Também realizam rastreamento de doenças crônicas não transmissíveis.</p> <p>As TA administram programas pré-escolares, fornecem alimentação suplementar para crianças pequenas, meninas adolescentes e mulheres em lactação, e fornecem educação sobre saúde e nutrição para mulheres grávidas, mães e meninas adolescentes.</p> <p>As ASSC têm papel de ponte, educadoras e ativistas. Promovem a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, incentivo à imunização, partos institucionais e planejamento familiar e realizam cuidados domiciliares aos recém-nascidos. Fornecem medicamentos como anticoncepcionais orais, pacotes de sal para reidratação oral, preservativos e comprimidos de ácido fólico. Identificam casos de malária, apoio ao tratamento de TB, rastreamento de doenças crônicas não transmissíveis e realização de reuniões do comitê de saúde da aldeia.</p>	<p>AEP recebem 24 meses de treinamento. Os TA recebem de três a quatro semanas; e os ASSC, de quatro a cinco semanas.</p>	<p>AEP se reportam a médicos. ASSC se reportam aos facilitadores de ASSC e as TA se reportam aos supervisores de <i>Anganwadi</i>. AEP recebem um salário do governo. TA são voluntários, mas recebem uma ajuda de custo pequena por mês. ASSC recebem incentivos baseados no desempenho para mais de 64 atividades.</p>
		Trabalhador <i>Anganwadi</i> (TA)		1,3 milhões de TA			
		Ativista Social de Saúde Credenciado (ASSC)		971.000 ASSC			

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁSIA	Indonésia	<i>Kaders</i>	Década de 1970	500.000	Realizar sessões mensais do <i>Posyandu</i> , momento em que mães e bebês recebem atendimento em cinco etapas: (1) registro, (2) pesagem, (3) registro de resultados, (4) aconselhamento sobre crescimento e desenvolvimento, e (5) serviços de saúde (como imunização, reabastecimento de produtos de planejamento familiar, fornecimento de pacotes de reidratação oral para levar para casa e comprimidos de ferro). Realizam visitas de acompanhamento na comunidade, participam de reuniões do comitê comunitário e atualizam a meta de <i>Posyandu</i> e os dados de utilização.	Recebem menos de uma semana de treinamento formal, mas com o tempo eles continuam a desenvolver suas habilidades. Muitos são treinados por <i>Kaders</i> mais experientes “no trabalho”.	Trabalham de 10 a 20 horas mensais. O comitê da aldeia nomeia e as apoia em seu trabalho. Serviço voluntário com pequenos reembolsos de despesas de transporte e tratamento médico gratuito.
	Irã	<i>Behvarz</i> (rural) <i>Moraghebe-Salamat</i> (urbano)	NE*	34.000 Behvarz 27.000 Moraghebe-Salamat	Cuidados de saúde materno-infantil, APS para adultos, cuidados de saúde reprodutiva, identificação e acompanhamento de doenças transmissíveis (TB e malária) e não transmissíveis importantes (diabetes, hipertensão e transtornos mentais). Fornecer serviços de saúde escolar e de saúde bucal. Incentivam o empoderamento com base na comunidade e a participação da comunidade. <i>Behvarz</i> também são responsáveis por tratamentos sintomáticos limitados, juntamente com a saúde ambiental e ocupacional em sua área. Realizam um censo no início de cada ano e classificam os indivíduos de acordo com os serviços de que precisam.	<i>Behvarz</i> devem ter 12 anos de educação geral e curso de treinamento de 2 anos. Cada vez mais são selecionados jovens rurais universitários. <i>Moraghebe-Salamat</i> são universitários graduados com bacharelado em saúde pública, obstetrícia ou enfermagem, e concluem um curso de curta duração adicional.	Recebem salário mensal do governo, com possibilidade de incentivos por desempenho.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁSIA	Myanmar	Parteiras Auxiliares (PA)  Trabalhadores Comunitários de Saúde (TCS)  Voluntários da Malária e Voluntários da Tuberculose	1978 (PA e TCS)  2007 (Voluntários da Malária e TB)	NE*	PA fornecem cuidados pré-natais e partos domiciliares. Auxiliam parteiras, fornecem educação em saúde, detectam surtos epidêmicos, auxiliam atividades de saneamento, imunização e encaminhamento de casos. TCS oferecem educação em saúde, detectam surtos epidêmicos, auxiliam nas atividades de saneamento e imunização, bem como coordenam com os centros de saúde o encaminhamento precoce de casos e outras atividades de saúde. Voluntários da malária fornecem diagnóstico e tratamento da malária na comunidade, distribuem mosquiteiros e fornecem educação em saúde. Realizam triagem e encaminhamento de dengue, filariose linfática, TB, HIV/Aids. Voluntários de TB fornecem triagem e encaminhamento, auxiliam na coleta e transporte de escarro, acompanham indivíduos com casos presumíveis de TB para diagnóstico e apoio ao tratamento de acompanhamento, com terapia domiciliar diretamente observada.	PA recebem seis meses de treinamento inicial; os TCS, um mês; os voluntários da malária/TB, até uma semana.	PA e TCS não recebem incentivos monetários. Voluntários da malária e TB recebem incentivos monetários com fundos de doadores.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁSIA	<b>Nepal</b>	Agente de Saúde da Aldeia (ASA)  Voluntária de Saúde Comunitária Feminina (VSCF)  Profissional de Saúde Materno-Infantil (PSMI)	1980	52.000	As VSCF realizam educação e aconselhamento em saúde, apoio para serviços de extensão, distribuição de produtos relacionados à saúde e cuidado de crianças doentes. Aconselham mulheres e familiares sobre preparação para o parto, parto institucional, cuidados com o recém-nascido, serviços de planejamento familiar. Auxiliam na condução a clínicas de imunização. Distribuição semestral de suplementos de vitamina A a todas as crianças de 6 a 59 meses de idade, comprimidos de ferro para gestantes e puérperas, comprimidos de misoprostol para mães que dão à luz em casa, gel antisséptico para o cordão umbilical após o parto, preservativos e pílulas anticoncepcionais orais para mulheres, sais de reidratação oral (SRO) para crianças com diarreia. Avaliam crianças com infecções respiratórias e, em alguns locais mais remotos, ainda podem tratar casos de possível pneumonia com antibióticos.	VSCF devem ser alfabetizados e recebem 18 dias de treinamento inicial ASA têm de 15 a 18 meses de formação inicial.	VSCF são voluntárias em meio período, recebem bolsas para treinamento, para roupas e têm suporte mensal de unidades de saúde de onde recebem suprimentos, materiais, aconselhamento e <i>feedback</i> programático. VSCF são supervisionadas por ASA. ASA são quadros remunerados.
	<b>Paquistão</b>	Senhora Trabalhadora de Saúde (STS)	1994	10.000	Conscientização sobre maternidade segura e educação sobre sinais de perigo de gravidez, fornecendo preservativos, pílulas anticoncepcionais orais e encaminhando clientes que precisam de inserções de DIU e outros métodos cirúrgicos. Realizam orientações nutricionais para grávidas, lactantes e crianças anêmicas. Realizam prevenção, vigilância e tratamento de doenças como TB, malária, diarreia, IRA, ferimentos, sarna etc. Participam de campanhas de vacinação. Realizam visitas domiciliares, aconselhando e realizando consultas. Mantêm ligação com os líderes comunitários, idosos e profissionais de saúde leigos, como parteiras tradicionais.	15 meses de treinamento, sendo três meses em sala de aula e 12 meses em serviço.	Cada STS possui, em média, uma área de abrangência de 1.000 indivíduos. Recebem supervisão e salário mensal, com trabalho de dedicação exclusiva.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁSIA	Tailândia	Voluntário de Saúde da Aldeia (VSA)	1977	Mais de 1 Milhão	Reconhecer problemas de saúde específicos por ciclo de vida e vigilância em busca de doenças infecciosas e não infecciosas. Cada um é responsável por 10 residências em média. Participar do planejamento e gestão dos problemas de saúde da comunidade. Auxiliar os profissionais de saúde locais na promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como na prestação de serviços básicos de saúde às comunidades locais.	Treinamento inicial de 43 horas em sala de aula.	Os VSA são supervisionados por profissionais de saúde locais. Recebem um salário mensal e reconhecimento social.
ÁFRICA	África do Sul	Trabalhadores Comunitários de Saúde (TCS)	2011	NE*	O foco principal são as famílias, com algumas atividades adicionais nas escolas e outros espaços comunitários para atividades de desenvolvimento infantil. Identificar mulheres grávidas e realizar visitas domiciliares durante a gravidez e durante o período pós-natal para promover partos saudáveis e seguros e identificar aquelas com sinais de perigo que precisam de cuidados extras. Fornecer incentivo extra para comportamentos saudáveis durante a primeira infância, incluindo amamentação exclusiva. Aconselhar e fornecer apoio para as escolhas de planejamento familiar. Fornecer acompanhamento e assistência a pessoas com problemas de saúde, incluindo distribuição de medicamentos para doenças crônicas, auxiliando na adesão ao tratamento e rastreamento de inadimplentes de tratamento. Promover e trabalhar com outros setores, realizando cuidados paliativos e cuidados geriátricos.	Currículo padronizado nacionalmente com treinamentos presenciais e práticos que totalizam 12 meses de duração.	Supervisionados por líderes de equipe (enfermeiros de nível superior ou de nível médio). Recebem remuneração mensal.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁFRICA	<b>Etiópia</b>	Trabalhador de Extensão da Saúde (TES)  Exército de Desenvolvimento Feminino (ETF)	2004	40.000	<p>TES fornecem serviços curativos básicos, administram imunizantes, anticoncepcionais injetáveis e implantes subdérmicos de ação prolongada no nível da comunidade. Oferecem educação em saúde nas famílias e nas comunidades, previnem doenças e realizam planejamento familiar.</p> <p>Distribuem produtos de saúde, como redes tratadas com inseticida de longa duração (RTI), preservativos e outros anticoncepcionais.</p> <p>Fornecem apoio contínuo às pessoas com doenças crônicas. Fornecem treinamento informal para os líderes do Exército de Desenvolvimento da Mulher (ETF), supervisão e apoio. O ETF envolve comunidades organizando cinco ou seis famílias vizinhas em equipes, com cada equipe selecionando um Voluntário ETF de uma família modelo (definido pela adoção de comportamentos saudáveis).</p>	São obrigados a concluir a 10ª série. Recebem um ano de treinamento pré-serviço de um instituto técnico ou de um centro de saúde da escola superior. Treinamento em serviço a cada dois anos para sua formação inicial e desenvolver novas competências.	TES são supervisionados pela equipe do centro de saúde. São funcionários formais assalariados pelo governo. ETF voluntárias.
	<b>Gâmbia</b>	Trabalhadores de Saúde da Aldeia (TSA)	NE*	NE*	<p>Cuidado durante o período anteparto, intraparto e pós-parto, incluindo partos domiciliares.</p> <p>Realizam visitas domiciliares semanais, para orientações sobre limpeza da aldeia e prevenção de doenças.</p> <p>Realizam limpeza da aldeia uma vez por mês para remoção de lixo e preenchimento de buracos para evitar “águas estagnadas”.</p> <p>Tratar um pequeno número de doenças, incluindo malária, diarreia, pneumonia, febre, dores no corpo e pequenas feridas.</p> <p>Encaminharam os casos mais graves para a unidade de saúde mais próxima.</p> <p>Comprar e reabastecer seus próprios suprimentos de medicamentos.</p> <p>Realizam quimioprofilaxia da malária.</p>	Recebem treinamento do sistema nacional de saúde e enfermeiras comunitárias de saúde.	Voluntários indicados pela comunidade. Não recebem pagamento. Recebem limitada ajuda da comunidade em suas fazendas ou na compra de medicamentos.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁFRICA	Gana	Oficial de Saúde Comunitária (OSC)	1999	2.523 OSC	<p>Os OSC realizam serviços de saúde materna e reprodutiva, incluindo cuidados e procedimentos do pré-natal e realização de partos normais de emergência.</p> <p>Serviços de saúde neonatal e infantil, incluindo monitoramento do crescimento (medição de peso e altura), exame físico e imunização contra doenças infantis.</p> <p>Gestão integrada de doenças infantis, fornecendo tratamento para doenças infantis como malária, diarreia, pneumonia e febre.</p> <p>Tratamento de doenças transmissíveis em adultos, incluindo malária, febre, diarreia, doenças respiratórias agudas, tratamento de pequenos cortes e feridas.</p> <p>Educação geral de saúde sobre práticas de saneamento e higiene, e aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis e boa nutrição.</p> <p>Monitora e fornece suporte de tratamento para pacientes com TB e HIV.</p> <p>Encaminhamento de mulheres, crianças e adultos que precisam de cuidados avançados para serviços de saúde apropriados e acompanhamento.</p> <p>Os VSC apoiam o OSC com tarefas de mobilização da comunidade e auxiliam com encaminhamentos, transporte, vigilância de doenças, promoção da saúde e saúde da família.</p>	<p>OSC primeiro obtém treinamento como enfermeira de saúde comunitária, com dois anos de formação em uma Escola de Treinamento em Enfermagem em Saúde Comunitária credenciada.</p> <p>Em seguida, recebem duas semanas adicionais de treinamento, em engajamento e mobilização da comunidade, e realização de estágio.</p> <p>Os VSC recebem cinco dias de treinamento.</p>	<p>OSC são supervisionados mensalmente por enfermeiras de saúde pública, assistentes médicos e coordenadores de APS.</p> <p>São funcionários assalariados do Ministério da Saúde em tempo integral.</p> <p>Recebem férias remuneradas e a oportunidade de avançar na sua educação com licença educacional remunerada.</p> <p>Os VSC são agentes de saúde a tempo parcial, voluntários e não recebem remuneração.</p> <p>Os incentivos incluem camisetas, transporte diário e, ocasionalmente, bicicletas.</p>
		Voluntário de Saúde Comunitária (VSC)		19.411 VSC			

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁFRICA	Quênia	Voluntário de Saúde Comunitária (VSC)  Trabalhadores de Extensão de Saúde Comunitária (TESC)	2006	86.000 VSC  1.569 TESC	As principais funções dos VSC incluem visitas às residências, diálogo com família para saber a situação de saúde e transmitir mensagens-chave de saúde. Orientar a comunidade na melhoria da saúde e prevenção de doenças. Tratar doenças comuns e ferimentos leves. Com apoio e orientação dos TESC, implementar protocolos para saúde materna e neonatal com base na comunidade e gestão integrada de casos de doenças infantis na comunidade, incluindo diagnosticar, tratar, gerenciar ou encaminhar adequadamente doenças infantis graves, como diarreia, malária, desnutrição e pneumonia. Participar de diálogos comunitários e dias de ação organizados por TESC e comitês de saúde comunitários.	Os treinamentos para VSC são baseados em um currículo com 13 módulos que leva aproximadamente três meses e consiste em 324 horas de formação conduzidas por um facilitador em um ambiente de sala de aula e 160 horas de experiência prática.	VSC recebe supervisão de apoio mensal de um TESC, na unidade de saúde ou na comunidade. Alguns condados do Quênia pagam incentivos mensais aos VSC com seu próprio orçamento.
	Libéria	Assistente Comunitário de Saúde (ACS)	2016	3.761	Realizam visitas domiciliares de rotina. Reconhecer e responder a indivíduos com sinais de HIV/Aids, TB, doenças tropicais negligenciadas, doenças mentais e aqueles que precisam de primeiros socorros. Realizam vigilância para surtos de doenças. Identificação de mulheres grávidas e encaminhamento para cuidados pré-natais e planejamento do parto em uma unidade. Realizam e distribuem produtos de planejamento familiar. Rastreamento do recém-nascido, incentivo ao aleitamento materno exclusivo, cuidados adequados com o cordão umbilical e encaminhamentos apropriados, além de gestão de casos não complicados de pneumonia infantil, diarreia e malária usando o protocolo AIDPI. Realização de primeiros socorros quando pacientes não podem ser transferidos facilmente para uma unidade de saúde.	Formação em quatro módulos, cada um com de 8 a 11 dias de duração, durante dois meses. Entre um módulo e outro, o ACS pratica as novas habilidades com apoio e avaliação de seu supervisor.	Um ACS para cada 40-60 domicílios ou 350 pessoas. Recebem um recurso financeiro mensal de incentivo. Cada supervisor (enfermeira, parteira ou assistente do médico) supervisiona aproximadamente 10 CHA.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁFRICA	Malawi	Assistente de Vigilância Sanitária (AVS)	2017	NE*	<p>Tratam pneumonia infantil, diarreia, malária e acompanham pacientes com TB.</p> <p>Prevenção da malária com pulverização residual interna em áreas de alto risco, drenagem, fornecimento de redes tratadas com inseticida de longa duração e tratamento preventivo intermitente para mulheres grávidas.</p> <p>Higiene ambiental e pessoal na comunidade por meio de água potável e saneamento, boa nutrição, inspeções de serviço de alimentação e controles nos postos de fronteira.</p> <p>Atividades de promoção da saúde, incluindo mobilização comunitária, informação e educação em saúde.</p> <p>Planejamento familiar baseado na comunidade, incluindo o fornecimento de anticoncepcionais, teste de HIV e aconselhamento, e negociação de sexo seguro.</p> <p>Encaminhamentos para unidades de saúde para o parto, fornecimento de informação, educação e comunicação sobre sinais de perigo durante o parto, e fornecimento de <i>kits</i> de higiene para as mães.</p> <p>Imunização para crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas.</p>	12 semanas de treinamento (oito semanas em sala de aula e quatro semanas práticas), seguidas de um exame final. Treinamento complementar em AIDPI.	São supervisionados mensalmente por um AVS sênior e, trimestralmente, por um Oficial Assistente de Saúde Ambiental, um Oficial de Saúde Ambiental ou uma Enfermeira de Saúde Comunitária. Recebem um salário mensal e incentivos não financeiros (como uniformes, camisetas, bolsas, uma bicicleta e reconhecimento público) através de parceria entre governo e ONGs.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁFRICA	Mali	Agentes de Saúde Comunitários	NE*	2.337	Tratamento antimalárico, zinco e terapia de reidratação oral para diarreia (crianças), amoxicilina para tratamento de pneumonia (crianças), tratamento de desnutrição aguda sem complicação, fornecimento de contracepção. Aconselhamento sobre prevenção de doenças, promoção da saúde e planejamento familiar. Serviços de referência para sintomas graves agudos, como dificuldade em respirar e convulsões, bem como monitoramento e encaminhamento pré-natal, pós-natal e neonatal. Mobilização da comunidade, ligação com voluntários da comunidade, apoio a campanhas de distribuição em massa (mosquiteiros, desparasitação).	NE*	NE*
	Madagascar	Agentes Comunitários de Nutrição (ACN)  Agentes Comunitários (AC)	2019	NE*	Tanto os AC quanto os ACN oferecem visitas domiciliares e realizam atividades de divulgação, promoção da saúde na comunidade, prevenção e tratamento de doenças e agravos. AC tratam certas condições como diarreia, com solução de reidratação oral e oferecem medicamentos para a malária. ACN oferecem tratamento para a desnutrição aguda moderada e monitoram o estado nutricional, além de atividades de promoção da saúde, como educação nutricional e demonstração de culinária para as mães.	Os AC recebem de 5 a 12 dias de treinamento inicial. O treinamento inicial dos ACN é geralmente de 10 a 15 dias.	AC não recebem pagamento regular formal. ACN recebem um pagamento mensal quando há um projeto financiado por um doador externo. AC são supervisionados pelo chefe dos centros de saúde, enquanto os ACN se reportam a um supervisor da ONG.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁFRICA	<b>Moçambique</b>	Agentes Polivalentes Elementares (APE)	1978	5.300	<p>Realizam, prioritariamente, atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, mas também serviços curativos.</p> <p>Gestão Integrada de casos comunitários, de pneumonia infantil, diarreia e malária.</p> <p>Fornecem aconselhamento para melhorar a adesão ao tratamento de HIV e TB bem como para obter cuidados pré-natais, partos institucionais e cuidados pós-natais.</p> <p>Realizam exames de desnutrição.</p> <p>Fornecem encaminhamentos para postos de saúde próximos para esses casos mais complexos.</p> <p>Os APE recebem <i>kits</i> que incluem testes de diagnóstico rápido para malária, remédio para tratamentos antimaláricos, amoxicilina, pacotes de sais de reidratação oral e zinco, paracetamol e bandagens.</p> <p>Mantêm registros de casos que eles gerenciam usando um livro de registro padronizado.</p>	18 semanas de treinamento dividido em módulos didáticos e práticos.	Cada APE é responsável por 500 a 2.000 habitantes. Recebem um pequeno subsídio, além de bicicleta, lanterna, colete, bolsa de remédios, crachá, boné, calculadora, termômetro e cronômetro. São supervisionados por um membro da equipe da unidade de saúde.
	<b>Niger</b>	Agente de Saúde Comunitária (ASC)  Voluntários Retransmissores (VR)	NE*	2.500 ACS  5.000 VR	<p>As ASC trabalham em postos de saúde e os VR atuam na comunidade.</p> <p>As ASC oferecem vacinação, planejamento familiar (anticoncepcionais orais e injetáveis), atendimento pré-natal e partos sem complicações, diagnóstico e tratamento de doenças infantis graves e promoção da saúde.</p> <p>Os VR apoiam as ASC, apoiam campanhas em massa, distribuem mosquiteiros tratados com inseticida e visitam as casas para promover práticas familiares importantes e identificar crianças doentes ou desnutridas que precisam de tratamento.</p>	ASC recebem seis meses de treinamento. Os VR recebem vários dias de treinamento em manejo integrado da comunidade de doenças prevalentes na infância.	ASC são assalariados tendo um para cada 9.000 ou mais pessoas; VR são voluntários tendo um para cada 4.500 pessoas ou mais, sendo supervisionados por ACS.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁFRICA	<b>Nigéria</b>	Trabalhadores Voluntários da Saúde da Aldeia (TVSA)  Trabalhadores de Extensão de Saúde Comunitária (TESC)	1970	43.000	TVSA oferecem educação e promoção da saúde, bem como tratamento de doenças comuns baseado em programas verticais, como exemplo a malária. TESC fornecem cuidados curativos com base em algoritmos incluídos em um livro de Pedidos Permanentes e desenvolvem seus trabalhos, prioritariamente, na Unidade de Saúde. A importância do encaminhamento é enfatizada para ambos.	O currículo de treinamento para TVSA é flexível e baseado nas necessidades locais. TESC recebem três anos de treinamento formal.	TVSA trabalham principalmente através de ONGs de quem recebem supervisão. TESC têm emprego formal e são supervisionados pelo responsável pela unidade de saúde mais próxima.
	<b>Uganda</b>	Equipes de Saúde da Aldeia (ESA)	2001	179.000	Tratamento antimalárico, zinco e reidratação oral para diarreia, amoxicilina para tratamento de pneumonia, triagem de recém-nascidos e para desnutrição aguda. Prevenção de doenças, promoção da saúde e planejamento familiar. Referência para sintomas agudos graves, como dificuldade de respirar, convulsões, bem como monitoramento e encaminhamento pré-natal, pós-natal e neonatal. Mobilização comunitária, campanhas de distribuição de mosquiteiros. Registro de domicílios em sua área de abrangência. Apoio e envolvimento com comitês de saúde das aldeias. Encaminhar casos para unidades de saúde.	Devem saber ler e escrever e recebem treinamento inicial em gerenciamento integrado de casos da comunidade com atualizações.	São voluntários e não recebem pagamento financeiro. Existe um ESA para cada 240 pessoas. Tem apoio de uma unidade de saúde dentro de sua comunidade, onde um profissional de saúde os supervisiona.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁFRICA	Ruanda	Animador de Saúde Materna (ASM) <i>Binôme</i>	1995	45.000	O ASM identifica mulheres grávidas, faz visitas regulares de acompanhamento durante e após a gravidez e garante que os partos ocorram em unidades de saúde nas quais estejam disponíveis profissionais de saúde qualificados. Rastreiam crianças com desnutrição, fornecem anticoncepcionais e sensibilizam famílias sobre a prevenção de doenças não transmissíveis. Os <i>Binômes</i> concentram suas atividades no diagnóstico e tratamento de doenças infantis, diagnóstico e tratamento da malária para pessoas de todas as idades, triagem e encaminhamento de desnutrição, fornecimento de anticoncepcionais e tratamento de TB.	Em média, têm aproximadamente três meses de treinamento inicial.	Supervisionados pelo Centro de Saúde. Voluntários, com incentivos baseados em metas e relatórios.
	Serra Leoa	Trabalhadores Comunitários de Saúde (TCS)	2012	13.000	Ações de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, incluindo gestão integrada de casos de doenças infantis na comunidade. Visitas domiciliares trimestrais a todos os domicílios da comunidade, com ações educativas, coleta de informações demográficas e vigilância de doenças. Distribuem preservativos e pílulas anticoncepcionais orais. Realizam encaminhamentos para serviços de saúde.	24 dias de treinamento presencial dividido em três módulos, com um mês de prática após cada módulo.	Incentivo financeiro mensal e ajuda de custo para reuniões e custos de comunicação. Supervisores. Jornada de 20 horas por semana.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(continuação)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁFRICA	Tanzânia	Trabalhadores Comunitários de Saúde (TCS)	NE*	12.000 TCS 41.000 TCS voluntários	Implementam intervenções de saúde na comunidade, coleta e análise de dados comunitários, realização de visitas domiciliares, identificação de pacientes que precisam de encaminhamento e colaboração com outros TCS voluntários, funcionários locais e grupos comunitários. Identificação de mulheres grávidas e recém-nascidos com sinais de perigo assim como pacientes com sinais de transtornos mentais. Fornecem solução de reidratação oral e zinco para crianças com diarreia. Tratamento inicial de infecção respiratória inferior, de malária e TB. Fornecem apoio aos pacientes com HIV e planejamento familiar, distribuindo pílulas anticoncepcionais orais e preservativos. Participam na resposta precoce e gestão de surtos de doenças (por exemplo, cólera e disenteria). Executam primeiros socorros básicos. Fornecem apoio psicossocial.	Devem ter concluído o ensino médio e se matricular em uma instituição de treinamento em saúde, pagando taxas de treinamento. A formação dura 12 meses e inclui 14 módulos, sendo certificados como técnico básico em saúde comunitária.	Recebem supervisão de apoio de centro de saúde mais próximo. É previsto um salário mensal, mais benefícios como seguro saúde e férias anuais. Recebem um <i>kit</i> com suprimentos e equipamentos essenciais.
	Zâmbia	Assistente Comunitário de Saúde (ACS)	2010	2.269	Dividem seu tempo entre o posto de saúde (20%) e a comunidade (80%) para visitas domiciliares, educação da comunidade e atividades de promoção da saúde. Realizam diagnóstico de saúde da comunidade, mapeamento da área de captação e recursos, assim como planejamento comunitário. Realizam promoção da saúde e prevenção de doenças. Fornecem curativos básicos que podem prestar no posto de saúde e na comunidade. Identificam os pacientes com doença grave ou com doenças fora de seu escopo de treinamento e realizam encaminhamentos.	Participam de um ano de treinamento pré-serviço formalizado com base em 11 módulos de treinamento. Os tutores são graduados em enfermagem e saúde ambiental.	Responsável 1.750 pessoas. Recebe salário mensal, incluindo benefícios de funcionários públicos. Recebem bicicleta, botas, mochila e um uniforme do Governo da República da Zâmbia.

Quadro 2 – Características de ACS em países de baixa, média e alta renda

(conclusão)

CONTINENTE	PAÍS	NOME	ANO	Nº	PRÁTICAS	FORMAÇÃO	CONDIÇÕES DE TRABALHO
ÁFRICA	Zimbábue	Agente de Saúde da Aldeia (ASA)	1981	15.000	<p>Identificam e encaminham pessoas que precisam de tratamento para as unidades de saúde.</p> <p>Coletam informações de saúde para alimentar sistema de informação nacional.</p> <p>Fornecem educação em saúde e promoção da saúde sobre água e saneamento, doenças, gravidez, saúde materna e planejamento familiar.</p> <p>Fornecem sais de reidratação oral (SRO) durante surtos de cólera.</p> <p>Tratam pequenas doenças, fornecem profilaxia para malária, aconselhamento e testagem voluntária de HIV, supervisão de pacientes com TB e Tratamento Diretamente Observado (TDO).</p> <p>Realizam monitoramento do crescimento e orientam sobre amamentação e nutrição infantil.</p> <p>Acompanham bebês expostos ao HIV e suas mães, promovem imunização e participam de campanhas de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).</p> <p>Cuidam de pacientes com doenças crônicas (hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, epilepsia).</p> <p>Promovem a saúde oral e mental.</p>	São treinados por cinco meses, atividades de sala de aula e práticas no campo.	Trabalham quatro horas por dia, dois a três dias por semana e cobrem aproximadamente 100 famílias. Os ASA são supervisionados pela enfermeira responsável do centro de saúde mais próximo. Recebem subsídio financeiro trimestral. Recebem uniforme, bicicleta e <i>kit</i> de suprimentos médicos.
OCEANIA	Austrália	Navegadores da comunidade  Trabalhadores Leigos da Saúde	NE*	NE*	<p>Atuam em comunidades culturalmente e linguisticamente diversas apoiando membros da comunidade no acesso aos serviços de saúde.</p> <p>Avaliam as necessidades dos pacientes e realizam encaminhamentos.</p> <p>Facilitam acesso a serviços a moradias comunitárias, às regras de imigração, técnicas de procura de emprego; elegibilidade de financiamento.</p> <p>Facilitam o acesso de clínicos gerais a intérpretes linguísticos para melhor atender pacientes de outra língua.</p>	Cinco módulos de três horas conduzidos através da universidade, seguido por um certificado de graduação em tempo parcial de um ano em desenvolvimento comunitário.	Projeto piloto com 11 horas por semana de trabalho pagas, porém com carga horária real maior de trabalho.

Fonte: a autora.

Nota: \* NE= não encontrado.

Diretrizes da Organização Mundial de Saúde para políticas de saúde e suporte aos sistemas para otimizar programas de Agentes Comunitários/as de Saúde, publicadas no ano de 2018, chamam a atenção para a importância de uma sólida análise de situação das necessidades da população e dos atributos do sistema de saúde como ponto de partida para um desenho eficaz das iniciativas e programas de ACS (COMETTO *et al.*, 2018). Foram traçadas quinze recomendações pela OMS, resumidas a seguir:

- 1) uso de critérios para selecionar ACS para treinamento pré-serviço: nível educacional mínimo adequado à(s) tarefa(s) em questão; adesão e aceitação pela comunidade-alvo; equidade de gênero considerando preferencialmente mulheres; atributos pessoais, capacidades, valores e experiências profissionais e de vida dos candidatos;
- 2) critérios para determinar a duração da capacitação pré-serviço para ACS: escopo do trabalho e responsabilidades previstas; competências necessárias para garantir serviços de alta qualidade; conhecimentos e habilidades preexistentes; questões sociais, econômicas e geográficas dos candidatos; capacidade institucional para fornecer a capacitação; condições esperadas de prática;
- 3) inclusão dos seguintes domínios de competência para currículos de formação pré-serviço: promoção e prevenção, identificação de necessidades de saúde das famílias e riscos sociais; integração dentro do sistema de saúde, encaminhamentos, trabalho em equipe, rastreamento de pacientes, vigilância de doenças, monitoramento, coleta, análise e uso de dados; determinantes sociais e ambientais de saúde; apoio psicossocial; comunicação, engajamento e mobilização comunitária; segurança do paciente – adicionalmente, a depender do papel esperado, sugere-se incluir competências para diagnóstico, tratamento e cuidado de determinados agravos;
- 4) quanto à modalidade do treinamento pré-serviço, recomendam-se equilíbrio de conhecimentos teóricos e habilidades práticas, com ênfase na prática supervisionada; equilíbrio entre atividades presenciais e à distância, com ênfase no presencial; priorização de treinamento na comunidade; fornecimento de material didático em linguagem adequada; ambiente de treinamento positivo; abordagens interprofissionais quando

viável e envolvimento do profissional de saúde supervisor do trabalho do/a ACS;

- 5) certificação baseada em competências para ACS que concluíram com êxito o treinamento pré-serviço;
- 6) supervisão de apoio: adequada quantidade de supervisor-supervisionado; treinamento adequado para supervisor; uso de observação do serviço realizado, dados do desempenho e feedback da comunidade; educação permanente de ACS;
- 7) remunerar financeiramente os/as ACS com valor compatível às exigências do trabalho, complexidade, número de horas, treinamento e funções realizadas;
- 8) estabelecer contrato por escrito especificando responsabilidades, condições de trabalho, remuneração e direitos trabalhistas;
- 9) plano de carreiras: recomenda-se que haja desenvolvimento de carreira vinculado a critérios de seleção, duração e conteúdo da formação inicial, certificação de competências, duração do serviço e avaliação de desempenho;
- 10) critérios para determinar o tamanho da população-alvo dos programas de ACS: carga de trabalho a partir da epidemiologia e demanda do serviço; frequência de contato necessária; tempo do serviço prestado; geografia local (proximidade de domicílios, densidade populacional, distância da clínica);
- 11) registro dos serviços prestados, além de coleta e uso dos dados de saúde, inclusive através de aparelhos móveis; também, recomenda-se a garantia da confiabilidade e segurança dos dados, formação dos/as ACS para tais competências e fornecimento de feedback sobre o desempenho com base nos dados coletados;
- 12) desenvolvimento de tarefas gerais pelos/as ACS, como parte das equipes de APS: ACS com atividades específicas devem desempenhar um papel complementar com base nas necessidades de saúde, contexto cultural e configuração da força de trabalho;
- 13) envolvimento da comunidade: através de consulta a líderes antes da implantação do programa; participação da comunidade na seleção dos/as ACS; monitoramento dos/as ACS; seleção e definição de prioridade das

atividades dos/as ACS; envolvimento da comunidade nas tomadas de decisão de resolução de problemas, planejamento e orçamento;

14) ACS devem mobilizar recursos comunitários mais amplos para a saúde: implementar planos de ação diante de problemas sociais e de saúde identificados; mobilizar e ajudar a coordenar recursos locais relevantes; facilitar a participação comunitária na avaliação e disseminação de dados e resultados de intervenções; fortalecer vínculos entre comunidade e unidades de saúde;

15) garantir a disponibilidade adequada de suprimentos de produtos básicos e de consumo: integração na cadeia global de suprimentos de saúde; relatórios adequados, supervisão, remuneração, gerenciamento do ambiente de trabalho, treinamento e feedback apropriados e reuniões de melhoria da qualidade da equipe; disponibilidade de mHealth para suportar diferentes funções da cadeia de suprimentos.

A OMS destaca que ACS com maior nível de instrução foram vistos de forma mais positiva do que ACS com menor escolaridade. Destaca que um nível mais alto de educação também pode gerar desgaste entre os/as ACS mais instruídos/as, devido às oportunidades de trabalhos melhores, além de restringir o grupo de candidatos/as potenciais, em especial em contextos de baixa escolaridade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

Outro ponto destacado por Schneider e Lehmann (2016) é quanto à importância de levar em consideração a existência e as atribuições dos outros profissionais de saúde antes de definir o enquadramento do papel dos/as ACS, a fim de integrar adequadamente os programas de ACS no sistema de saúde.

Os/as ACS não devem representar apenas uma maneira de economizar custos ou atuar como substitutos/as de outros/as profissionais de saúde, mas, sim, integrar equipes interprofissionais de APS. Recomenda-se, ainda, considerar a possibilidade de vincular as iniciativas dos/as ACS às políticas e estruturas setoriais de educação, trabalho e desenvolvimento comunitário (COMETTO *et al.*, 2018).

Sobre as implicações de custo, chama-se atenção para o fato de programas de ACS demandarem um financiamento de longo prazo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015), a implantação de ACS foi identificada como uma estratégia custo-efetiva e que países em todos os níveis de desenvolvimento

socioeconômico demonstraram que é possível realizar investimentos em iniciativas de grande escala.

Não foram observados estudos internacionais que discutam vantagens e desvantagens de ACS com formação de nível superior nem estudos que tratam do dilema encontrado no Brasil, ou seja, o desafio de lidar com uma categoria cada vez mais qualificada, extrapolando a formação de nível médio/técnico formalmente exigido, com praticamente um terço da categoria tendo realizado alguma graduação em alguns municípios (CABRAL; GLERIANO; NASCIMENTO, 2019; MUSSE *et al.*, 2015).

Os programas de agentes comunitários/as existentes nos vários contextos e realidades internacionais não demonstraram ser uma alternativa superior ao programa brasileiro, apesar de apresentarem aspectos relevantes que podem ser aproveitados como estratégias de envolvimento comunitário através da formação, acompanhamento e cogestão de práticas de cuidado com voluntários das comunidades. Algumas recomendações técnico-políticas de organismos internacionais, como as da OMS, precisam ser valorizadas pelo seu esforço intelectual, porém relativizadas diante da representação política que esses organismos têm, em especial mediante os países de renda média e baixa, em contextos de crise e ajustes macroeconômicos.

Conforme já apontado em estudos comparados de sistemas de saúde, existe um movimento quase pendular na história de configuração dos sistemas. Por um lado, há diminuição de gastos, supressão de direitos e abertura ao mercado em tempos de crise; por outro, em conjunturas econômicas favoráveis, a saúde é vista como importante vetor do desenvolvimento e da coesão social, definindo a construção de redes coordenadas pela atenção primária, garantindo racionalidade, qualidade e sustentabilidade dos sistemas (CONILL, 2018).

A pandemia do novo coronavírus e a revolução tecnológica, chamada também de revolução 4.0, aparecem como grandes divisores na história da humanidade, com autores diversos analisando o reposicionamento do papel do Estado, das políticas de proteção social e, em especial, das políticas de saúde (CASSIOLATO; FALCÓN; SZAPIRO, 2021).

Nos mais diversos cenários, seja em países de baixa e média renda, seja em países de alta renda, a vigilância à saúde integrada à APS e a participação comunitária foram recomendadas e, de alguma forma, implantadas, contando ou não

com o protagonismo de ACS que estão desafiados/as perante as novas tecnologias da informação, mas, principalmente, mediante as avassaladoras desigualdades socioeconômicas agudizadas na pandemia (GIOVANELLA *et al.*, 2020, 2021; PRADO *et al.*, 2021; SARTI *et al.*, 2020). Isso torna o momento propício para analisar os avanços e retrocessos nos modelos de atenção à saúde, o lugar ocupado pelos/as ACS (MACIEL *et al.*, 2020) e suas perspectivas futuras.

### **2.3 Características do trabalho e da formação profissional dos/as Agentes Comunitários/as de Saúde no Brasil**

O surgimento do/a ACS no País está imbricado com a história do Movimento Nacional dos Agentes Comunitários e Movimento Popular de Saúde (MOPS), que, na década de 1970, se organizou a partir das Comunidades Eclesiais de Base (CEB) e das associações de moradores, elegendo a saúde como bandeira de mobilização popular (QUEIRÓS; LIMA, 2012).

Depois de delimitado o arcabouço jurídico-legal do SUS, foi criado o PACS, em 1991, inicialmente chamado de Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que nacionaliza a experiência bem-sucedida desenvolvida no estado do Ceará em 1987 (SOUSA, 2001). Já em 1994, foi criada a Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), que, juntamente com a Associação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, viria lutar para garantir a regulamentação da profissão e respectiva formação, além de conquistas trabalhistas relevantes (MOROSINI; FONSECA, 2018; NOGUEIRA, 2017).

No quadro 3, a seguir, foram sistematizadas as principais normas que regulamentam o trabalho e a formação profissional dos/as ACS.

**Quadro 3 – Principais marcos institucionais de regulamentação do trabalho e formação dos/as ACS no SUS**

Ano	Norma
1991	Lançamento do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS).
1997	Portaria n. 1.886/1997 – Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.
2002	Lei n. 10.507/2002 – Cria a profissão ACS e estabelece que este deve ter concluído curso de qualificação básico e ensino fundamental.
2004	Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde e Parecer CNE/CEB favorável à habilitação técnica para a profissão de ACS.
2006	Lei n. 11.350/2006 – Define processo seletivo público para ACS e vínculo via CLT, mantém requisito de ensino fundamental, formação inicial e continuada estabelecida na Lei n. 10.507/2002.
2014	Lei n. 12.994/2014 – Altera a Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.
2018	Lei n. 13.595/2018 – Altera a Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada, a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.
2020	Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde: diretrizes e orientações para a formação – Atualiza o Referencial Curricular Nacional para o Curso Técnico de ACS de acordo com as novas atribuições definidas na lei 13.595/2018.

Fonte: elaboração da autora.

Estudos sobre o perfil dos/as ACS apontam para uma categoria com maioria de mulheres (83,2%), com ensino médio completo (71%), renda maior que 1 e até 1,5 salários mínimo (73,5%), com histórico recente (últimos 12 meses) de participação em atividade de mobilização social ou de algum grupo comunitário (35,2%) (SIMAS; PINTO, 2017).

O fato de a maioria de mulheres persistirem no perfil dos/as ACS no Brasil corrobora os apontamentos do estudo de Franzoni (2007) sobre a dinâmica da proteção social nos países da América Latina, classificada como familiarista. Neste modelo, o bem-estar é promovido pelo trabalho não remunerado feminino, sendo a intervenção pública tímida, informal ou inexistente para grande parte da população.

Quanto aos mecanismos de contratação e remuneração, 65,8% dos participantes da pesquisa desenvolvida por Simas e Pinto (2017) foram contratados pela administração direta, sendo 52% servidores públicos estatutários, com regime de trabalho de 40 horas semanais em sua grande maioria (96,6%), tendo 79,8% adentrado o SUS sem experiência em serviço de saúde antes de trabalhar como ACS (SIMAS; PINTO, 2017).

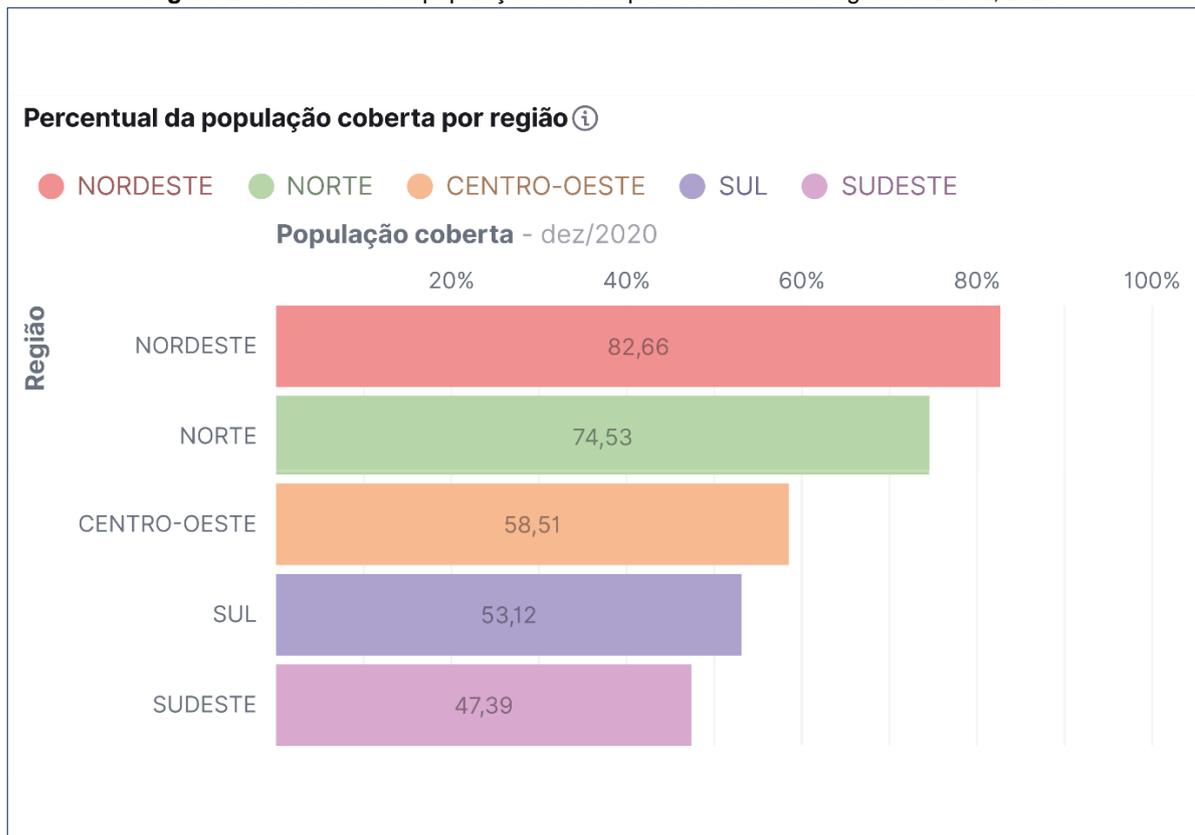
As conquistas trabalhistas da categoria refletem os impactos da Lei n. 11.350/ 2006, que definiu o processo seletivo público para ACS e induziu o vínculo mínimo via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); somados, recentemente, à Lei

n. 12.994/2014, que estabeleceu o piso salarial de R\$1.014,00, assim como as diretrizes para plano de cargos e carreiras (BRASIL, 2006, 2014).

Porém, a reforma trabalhista aprovada no Brasil em 2017, expressa na lei 13.467/2017 (BRASIL, 2017a), possibilita a terceirização de todas as atividades, inclusive áreas fins, como é o caso da saúde. Segundo Lacaz (2019), “isto traz queda do nível salarial, pois terceirizados ganham menos, têm jornadas de trabalho mais longas, menor estabilidade e menos direitos”.

Analisando a cobertura da população por ACS, verifica-se que varia muito no País, como pode ser visto na figura 2: Nordeste, 82,66%; Norte, 74,53%; Centro-Oeste, 58,51%; Sul, 53,2%; Sudeste, 47,39%. Por um lado, pode-se relacionar tal fato a diferenças de modelo de atenção à saúde, se baseado na cura ou na promoção e prevenção; às diferenças culturais quanto à participação popular e aceitação ou não de visitas domiciliares de um comunitário; ou à situação social e econômica das regiões – sendo o Sul e o Sudeste mais concentradores de renda e de profissionais médicos, por exemplo.

**Figura 2** – Percentual da população coberta por ACS em cada região do Brasil, 2020



Fonte: Brasil (2021).

Sobre o processo de trabalho e escopo de práticas realizadas pelos/as ACS, pode-se classificar os/as ACS brasileiros, assim como os/as da Índia, como generalistas. Isso se diferencia de outros países nos quais o escopo é menor e mais focado, sendo, nestes, classificados como especialistas.

Uma revisão integrativa recentemente publicada por Samudio e outros (2017, p. 754) conclui que

[...] o ACS é elo entre comunidade e ESF no monitoramento de casos e resultados de intervenções; facilita o acesso à unidade; cadastra famílias e identifica situações de risco; visita domicílios; encaminha para consultas; promove vigilância e ações de educação em saúde; reflete sobre trabalho e mobilidade comunitária; realiza atividades com grupos prioritários e ações para agilizar o trabalho.

Barreto e outros (2018) relatam ações relativas aos diversos ciclos de vida e agravos de saúde prioritários: o acompanhamento de crianças menores de dois anos, observação do cartão de vacina, acompanhamento de puérperas, visita a acamados e acompanhamento de pessoas com diabetes mellitus. Destaca-se, ainda, a realização de ações diagnósticas como na tuberculose, com investigação da tosse, orientação e coleta de escarro (DANTAS *et al.*, 2011).

Além disso, evidenciam competências de articulação intersetorial, busca ativa de casos e estratificação de indivíduos conforme critérios de risco para saúde, demonstrando a potencialidade dos/as ACS para vigilância e promoção da saúde. Neste caso, são relatadas atividades de notificação de arboviroses e articulação com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) (BARRETO *et al.*, 2018).

Nos casos de violência doméstica, auxiliam a equipe na definição de intervenções e realizam abordagem conjunta com profissionais como o assistente social (MOREIRA *et al.*, 2014). Na saúde mental, são realizadas orientação das famílias, mediação de conflitos, conversas, informações sobre profissionais que os familiares cuidadores devem consultar ou acompanhar, além do monitoramento quanto ao uso de psicotrópicos (SANTOS; NUNES, 2014).

Bornstein e Stotz (2008) alertam para o fato de a maioria das atividades desenvolvidas pelos/as ACS terem caráter biomédico e individual, sendo que o fato de as fichas de registro das atividades coletivas nos sistemas de informação da APS não detalharem esse tipo de trabalho é um indicativo da pouca valorização dessas

ações. As fichas priorizam dados que permitem a verificação da produtividade, baseada em ações individuais e avaliação de indicadores de saúde/doença.

O cadastramento de famílias e preenchimento manual de fichas para alimentação de sistemas de informação é uma atividade relatada que ocupa parte considerável do tempo dos/as ACS (BARRETO *et al.*, 2018). Sobre este aspecto, as autoras sugerem o caminho da informatização do processo, com a entrada de dados durante as visitas por meio de tablets, o que liberaria tempo para a realização de outras atividades.

Além disso, o chamado acolhimento é uma atividade que tem sido crescentemente atribuída aos/às ACS nas Unidades de Saúde da Família (USF), o que, muitas vezes, vem acrescido de outras atividades no interior da unidade que se configuram como desvio de função. Dentre as mais recorrentes, são citadas separação de fichas e anotação de peso em consultas coletivas, organização de espaço físico para atividades, organização de filas, separação de prontuários e, até mesmo, atividades de limpeza (MOROSINI; FONSECA, 2018).

De acordo com o Relatório do 5º Fórum Nacional da CONACS, tais transformações no processo de trabalho têm convertido eles de um “agente transformador” a um “agente burocrático” (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

Morosine e Fonseca (2018) chamam a atenção para os riscos de um perfil polivalente e flexível atribuído aos/às ACS no Brasil, o que concorre para o “esvaziamento de um trabalho educativo mais reflexivo, progressivamente substituído pela execução de tarefas simplificadas, caminhando em sentido contrário à melhoria da qualidade do trabalho no SUS”.

Pesquisa desenvolvida na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) aponta que a escolarização dos/as ACS aconteceu em grande parte após o ingresso na profissão, seja através de curso oferecido pelo SUS, seja a partir da motivação e de condições adquiridas para o seguimento dos estudos (RAMOS *et al.*, 2017).

O parecer do Conselho Nacional de Educação n. 19/2004 (BRASIL, 2004) definiu a necessidade de formação técnica do/a ACS ofertada pelas escolas técnicas de saúde e centros formadores de recursos humanos em saúde que compõem a Rede de Escolas Técnicas do SUS (Retsus). Contraditoriamente, nas disputas travadas pela categoria, nenhuma legislação de regulamentação da profissão até

aqui conseguiu aprovar a obrigatoriedade da formação técnica, deixando a brecha para uma formação inicial que, via de regra, é única ofertada pelos gestores municipais.

A primeira lei de regulamentação da profissão foi a Lei n. 10.507/2002, criando a profissão ACS e definindo como pré-requisito para atuação ter concluído curso de qualificação básico e ensino fundamental. A segunda foi a n. 11.350/2006, que definiu processo seletivo público para ACS e vínculo via CLT, porém manteve requisito de ensino fundamental, formação inicial e continuada já estabelecida na Lei n. 10.507/2002. Por fim, a terceira e atual legislação é a Lei n. 13.595/2018, que reformula atribuições, incorporando funções clínicas supervisionadas tais quais aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar, orientação e apoio à administração de medicamento, sem, portanto, alterar o nível de formação (BRASIL, 2002, 2006, 2018a).

A lei da profissão de 2018, por um lado, reforça atribuições definidas na PNAB de 2017, por outro, faz contraponto para afirmar a obrigatoriedade de ACS nas equipes, o que a PNAB flexibiliza através da modalidade “Equipe da Atenção Básica (eAB)” (BRASIL, 2017b).

Vale ressaltar que, antes da aprovação da Lei 13.595/2018, foi apresentado o Projeto de Lei n. 6.437/2016 pelas representações sindicais dos/as ACS, que atribuía aos estados e municípios a responsabilidade de oferecerem curso técnico com carga horária mínima de 1.200 horas. Porém, tal medida sofreu veto do presidente Michel Temer à época, somado à medida executiva do Ministério da Saúde que propôs o Profags (BRASIL, 2016, 2018a). Ficaram claras as tentativas de fusão de ACS e ACE e a descaracterização das profissões com a proposição do Profags, que teria financiamento federal destinado às instituições de ensino, incluindo as instituições privadas.

Nogueira (2017) elucida que a proposição do Profags ocorreu entre gestores, sem a participação e representatividade dos/as agentes, nem das entidades formadoras que historicamente contribuíram para a definição de políticas de formação profissional em saúde no âmbito do SUS. Por força da mobilização contrária, o Profags não foi implantado, porém o Ministério da Saúde, no governo Bolsonaro, protagonizou uma mesa de discussão e formulação do novo referencial curricular para o Ctacs, que foi aprovado e publicado em 2020 (BRASIL, 2020s). O novo referencial curricular aponta para a formação que os/as habilitem para o

desenvolvimento das novas atribuições clínicas de apoio diagnóstico, ao mesmo tempo que elimina o termo “educação popular” do texto, entrando em contradição com a lei 13.595/2018, que afirma: “os cursos [...] utilizarão os referenciais da Educação Popular em Saúde e serão oferecidos ao Agente Comunitário de Saúde e ao Agente de Combate às Endemias nas modalidades presencial ou semipresencial durante a jornada de trabalho” (BRASIL, 2018a).

Foi também em 2020 que a pandemia do novo coronavírus se instalou no mundo e no Brasil, influenciando na agenda e no processo de trabalho dos/as ACS em patamar diferenciado (MACIEL *et al.*, 2020). No que pese a ausência de EPIs suficientes e de educação permanente condizente com a necessidade da pandemia, apenas em 2021 o governo federal anunciou o programa “Saúde com Agente” para formação técnica das 1.200 horas do Ctacs, configurando-se como uma agenda anacrônica, que até o presente momento não foi executada (BRASIL, 2021).

Instituído pela portaria MS n. 3.241, de 7 de dezembro de 2020, seguido do edital n. 1 de abertura do processo de adesão do Distrito Federal, dos estados e dos municípios, de 28 de abril de 2021, o programa “Saúde com Agente” parece ter chegado a um meio termo em relação ao Profags, ou seja, formar um/a ACS que incorpore conhecimentos e habilidades de técnicos de enfermagem sem igualar uma profissão à outra (BRASIL, 2020a, 2021a).

Porém, assim como o Profags, o programa “Saúde com Agente” desconsidera o papel das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS (ETSUS), que não só contribuíram com a formulação de políticas de qualificação dos/as ACS, com a implantação das 400 horas iniciais do CTACS, em todo o Brasil, como também participaram da discussão do novo referencial curricular de 2020 (REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS, 2020).

Revela-se, a partir disso, que o que está em jogo são os interesses antagônicos de classes: os trabalhadores reivindicam a universalidade do direito à saúde e à educação, enquanto os interesses empresariais, que historicamente usufruem do fundo público, buscam transformar a saúde e a educação em mercadorias (NOGUEIRA, 2017).

Desta forma, enquanto a formação técnica dos/as ACS anda a passos lentos, os/as ACS brasileiros/as vêm buscando, individualmente, uma outra formação profissional. Dados do estudo de Pinto e outros (2015) revelam que, em 2003, somente 18,2% dos/as ACS tinham o ensino médio completo, e 0,6%, o

ensino superior completo – hoje, correspondem respectivamente a 70,97% e 12,71%.

Esse mesmo estudo indica que 69,46% dos/as ACS participantes da pesquisa tinham outra formação em saúde, sendo 43,53% em auxiliar de enfermagem e 49,79% em técnico de enfermagem. Dos 12,71% com ensino superior completo, destacam-se as formações em serviço social, enfermagem e psicologia, o que aponta um anseio de qualificação, profissionalização e novas oportunidades de trabalho no setor saúde (PINTO *et al.*, 2015).

Em pesquisa realizada no município de Campina Grande (PB), cuja amostra foi constituída por 348 ACS, representando 54% da categoria no município, foi traçado o seguinte perfil: 98% eram concursados; 90% iniciaram o curso técnico para ACS; 32,2% iniciaram ou concluíram um curso superior; quase 4% estão fazendo ou já possuem pós-graduação; cerca de 30% já tinham participado de algum projeto de pesquisa ou extensão universitária, quase 20% continuam estudando. Entre os/as agentes que estavam cursando ou concluíram o nível superior (n = 99), predominaram os cursos na área das ciências humanas e sociais (71,8%) em relação aos da área de saúde (20,2%) e ciências exatas (8%). Destacaram-se os seguintes cursos: Ciências da Computação (n = 1), Química (n = 1), Estatística (n = 2), Teologia (n = 2), Direito (n = 3), Matemática (n = 4), Letras (n = 4), Ciências Contábeis e Economia (n = 5), Administração (n = 5), História (n = 5), Enfermagem (n = 8), Geografia (n = 8), Biologia (n = 12), Pedagogia (19), Ciências Sociais, Comunicação Social, Serviço Social e Filosofia (n = 20) (MUSSE *et al.*, 2015).

Já estudo realizado na cidade de Tangará da Serra (MT) indicou que 74,58% dos/as ACS tinham vínculo empregatício estatutário, 31,14% iniciaram ou concluíram um curso superior, 11,63% estavam com pós-graduação em andamento e 4,65% já haviam concluído alguma pós-graduação (CABRAL; GLERIANO; NASCIMENTO, 2019).

Dentro desse aspecto, chama atenção, ainda, o fato de o catálogo nacional de cursos técnicos do Ministério da Educação (MEC) delimitar, na seção correspondente ao Ctacs, as seguintes “possibilidades de verticalização para cursos de graduação no itinerário formativo”: bacharelado em enfermagem, bacharelado em serviço social e bacharelado em medicina (BRASIL, 2016b).

Assim, considerando as graduações procuradas pelos/as ACS, os objetivos deste estudo e a importância de refletir sobre a complexidade do trabalho dos/as ACS versus a formação recebida, há uma riqueza possível de ser explorada junto àqueles/as ACS que cursaram enfermagem, serviço social, psicologia e pedagogia. Ao mesmo tempo, analisar e comparar as DCN e atribuições definidas em leis para as respectivas profissões, sabendo que suas práticas e saberes, de alguma forma, fazem interface com o trabalho dos/as ACS, também pode ajudar a perceber lacunas de uma formação adequada à complexidade exigida e esperada da profissão.

Um exemplo diz respeito aos saberes e práticas para o cuidado em saúde mental, incluindo usuários de álcool e outras drogas e/ou em sofrimento psíquico, o que faz interface com os saberes da psicologia.

Estudos apontam que os/as ACS querem cuidar adequadamente dos usuários de álcool e outras drogas, mas não sabem como fazê-lo porque ainda convivem com noções leigas sobre as condições e necessidades dessas pessoas, além de não receberem formação técnica suficiente (BATISTA; SOUTO, 2017; SOUSA, 2001). Por outro lado, o projeto “Caminhos do Cuidado”, realizado entre 2013 e 2015, foi relatado como uma estratégia de educação permanente em larga escala, voltada para 100% dos/as ACS do Brasil, sendo uma oportunidade de ampliar as práticas de cuidado da população usuária de crack, álcool e outras drogas, além de apresentar e refletir sobre a redução de danos (RD) como uma estratégia ética de cuidado (REZENDE, 2017; SANTOS, 2017).

Quanto às situações de sofrimento psíquico encontradas no cotidiano do trabalho, que vão de depressão até crises psiquiátricas, demandam conhecimentos não apenas relacionados à escuta qualificada, mas também à abordagem psicossocial de pessoas e famílias em sofrimento mental, articulação da rede, evitando situações de risco e absorção do sofrimento ao ponto de adoecerem (MOURA; CASTRO-SILVA, 2015; SANTOS; NUNES, 2014; TANIGUCHI, 2018; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012).

Alguns autores afirmam que, ao se afetarem com situações vivenciadas, os/as ACS tendem a agir a partir de afetos e não a partir de conhecimentos estruturados, gerando ações culpabilizantes e higienistas, que demandam atenção constante às direções éticas (SAFFER; BARONE, 2017; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012).

Outro exemplo diz respeito à formação para abordagem e atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes pela ESF, demonstrando que, apesar de a detecção dessas violências ser limitada, são viabilizadas principalmente pelas escolas e pelos/as ACS. Por outro lado, estudos demonstram que alguns ACS não encaminham à equipe nem discutem os casos que detectam porque desconhecem a importância de tal conduta; ou por ser a categoria profissional mais exposta às ameaças de violência já que moram na comunidade onde trabalham (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; VIEIRA-MEYER *et al.*, 2021). Já a interface com saberes e práticas do serviço social é visivelmente colocada já que os/as ACS atuam prioritariamente em contextos onde pobreza, desemprego, analfabetismo e demais reflexos da questão social são prementes.

Porém, enquanto as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do serviço social propõem um perfil profissional para atuar “nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento, com capacidade de promover o exercício pleno da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários”, muitos/as ACS ainda percebem as famílias pobres como carentes, desestruturadas e acomodadas à pobreza, o que se configura como uma percepção acrítica e fatalista (BRASIL, 2001c; YUNES; MENDES; ALBUQUERQUE, 2005).

A perspectiva político-pedagógica da educação popular em saúde parece se adequar a tal desafio, sendo relatada como uma estratégia potente a ser incorporada na formação de ACS, já que a Política Nacional de Educação Popular em Saúde advoga pela “promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida”, com vistas de superar as “desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão” (BORNSTEIN *et al.*, 2016; MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

Por fim, a interface dos saberes e práticas dos/as ACS com a enfermagem, na APS, perpassa a promoção, a prevenção e, mais recentemente, a possibilidade de realização de procedimentos de apoio diagnóstico, incluindo abordagem individual e coletiva.

Assim, existe uma vasta literatura que trata de conhecimentos e habilidades demandadas dos/as ACS comuns à enfermagem como atenção à saúde do idoso, (ANJOS; SANTA ROSA, 2021; ASSIS; CASTRO-SILVA, 2018; BRASIL, 2021a;

FERNANDES *et al.*, 2010), orientação e incentivo ao aleitamento materno (ANDRADE *et al.*, 2021; SANTOS; MINTEM; GIGANTE, 2019), atenção à saúde da criança (CORIOLANO *et al.*, 2011; SANTOS, W. J. *et al.*, 2020), atenção à saúde da mulher (HESLER *et al.*, 2013), além de uma gama de conhecimentos sobre doenças transmissíveis e não transmissíveis (BOLORINO *et al.*, 2020; PACHECO; AZAMBUJA; BONAMIGO, 2018; ROCHA *et al.*, 2015; SILVA, 2017).

Todos os estudos apresentaram limites e potencialidades dos/as ACS na abordagem individual e/ou comunitária, mas são unânimes em recomendar maior qualificação e educação permanente em saúde (EPS).

Quanto à formação para coleta e uso de dados epidemiológicos, importante tanto para a prática de vigilância como para o planejamento e a avaliação das ações coletivas de base comunitária, um estudo de Musse e outros (2015) apontou que, quanto maior a escolarização do/a agente de saúde, maior o desempenho no teste de verificação de competência para tal função. Por outro lado, quanto mais tempo na profissão e quanto maior a idade do/a agente, maior também o tempo em que concluiu sua escolarização e pior seu desempenho. Isso aponta o desafio de aumentar a escolarização dos/as ACS para uma maior resolutividade do trabalho, o que não pode ser uma busca individual, apenas, mas uma política pública educacional e de saúde.

Pode-se afirmar que a experiência brasileira de organização do modelo de saúde, a partir da APS, demanda maior consistência na definição dos rumos profissional dos/as ACS, sendo necessária maior coerência entre diretrizes do SUS, financiamento, valorização e formação profissional para um sistema público de qualidade e resolutivo.

#### **2.4 Sociologia das profissões, profissionalização e paradigma do poder: aplicações no campo da saúde**

A sociedade moderna é uma sociedade de profissões, sendo o campo da saúde fortemente permeado por uma lógica cognitiva profissionalizada. A sociologia das profissões se constituiu e sedimentou como disciplina a partir de questões como estas: o que é uma profissão? Que traços ou características as distinguem de outras ocupações no quadro da divisão do trabalho? Como e sob que condições uma

ocupação se transforma em profissão? Qual a função social das profissões? (RODRIGUES, 2002).

Segundo Rodrigues (2002), na história da disciplina, são demarcados dois grandes períodos: o primeiro, anterior à década de 70, caracterizado pela perspectiva funcionalista; o segundo, após o movimento crítico, marcado por uma pluralidade de paradigmas.

Na perspectiva funcionalista de Carr-Saunders e Wilson (1933), a constituição das profissões decorreria de uma especialização de serviços voltada à satisfação da clientela, da criação de associações profissionais garantindo exclusividade a seus membros, e de uma formação específica. Tal perspectiva remete à ideia de blocos homogêneos em cada profissão, modelo ideal e classificação com graus de profissionalização, dando o sentido de uma posição estática e natural, a-histórica.

Já a abordagem interacionista enfatiza o processo de transformação das ocupações, as interações e os conflitos, bem como os meios e recursos mobilizados na trajetória de conversão de uma ocupação em profissão (HUGHES, 1971), sendo incorporada às análises de Wilensky (1964), que busca uma síntese das abordagens funcionalistas e interacionistas. Para este último, profissionalização é a sequência de eventos ou etapas seguidas pelos grupos ocupacionais até o estágio do profissionalismo: a) passagem de atividade amadora a uma ocupação; b) controle sobre a formação; c) criação de associação profissional, para definição e negociação de atribuições em relação a outras profissões semelhantes; d) proteção legal; e) definição do código de ética.

Numa perspectiva crítica a tais abordagens, Gyaramati (1975) afirma que a sociologia das profissões estaria a serviço de legitimar e perpetuar o status quo das profissões, conformando uma ideologia profissional, vinculada à ideologia dominante, assegurada pela universidade. A partir dessa crítica, duas premissas funcionalistas foram refutadas, por falta de comprovação: 1) a de que as profissões realizam atividades essenciais à vida e ao bem-estar da sociedade; 2) a de que somente os membros das profissões estão aptos a realizar tais atividades, por terem a formação adequada e porque colocam o interesse coletivo à frente do seu próprio interesse.

Num movimento crítico em direção a novas abordagens e perspectivas centradas na análise do poder, destacam-se autores como Johnson (1972), Larson

(1977), Pardeise (1988) e Freidson (1994), os quais advogam que o poder profissional seria identificado pela “capacidade de transformação de determinada ordem de recursos (cognitivos, políticos, relacionais/organizacionais, culturais e ideológicos) numa outra ordem (acesso privilegiado ao mercado, autonomia sobre o trabalho, controle sobre o acesso à profissão e outros privilégios profissionais como status e prestígio social) (RODRIGUES, 2002).

Enquanto Larson (1977) coloca a ênfase do poder profissional no controle do mercado e no monopólio de conhecimentos a partir de uma “ideologia do profissionalismo”, que seduz os profissionais e os faz acreditar nas instituições burguesas, como se a elas pertencessem como classe, Freidson (1994) enfatiza na sua análise os recursos cognitivos, sendo o manejo desses o garantidor de autonomia, expertise e credencialismo tanto na organização do trabalho quanto na obtenção de exclusividade em relação a determinados conhecimentos. Johnson (1972), por sua vez, centra a análise nos recursos políticos e organizacionais que incidem sobre a relação com os clientes; considera, também, que os saberes ocupacionais especializados criam relações de dependência social e econômica dos consumidores, conformando uma relação de exploração próprias do modo de produção capitalista.

Dentro da perspectiva crítica, vale destacar a análise das profissões como trabalho especializado, dentro da divisão social e técnica do trabalho coletivo, o que dialoga diretamente com a sociologia do trabalho. Assim, autores inspirados no paradigma marxista apontaram a emergência não de uma classe profissional, mas sim de uma nova classe trabalhadora. Para Haug (1973), estaria acontecendo uma desprofissionalização na sociedade, o que envolve (i) a erosão do monopólio do conhecimento; (ii) a desconfiança no êthos humanitário dos profissionais; (iii) a perda de autonomia e autoridade profissional.

Discordando da tese da desprofissionalização crescente, Bourdieu (1989) afirma que a vulgarização dos conhecimentos tende a aumentar a cientificidade dos profissionais para conservar o monopólio e escapar à desvalorização social, reforçando, assim, a autonomia e a tecnicidade das suas intervenções.

No âmbito do serviço social brasileiro, localiza-se também o debate das profissões, dentro do contexto de relações mais amplas que constituem a sociedade capitalista, particularmente no âmbito das respostas que esta sociedade e o Estado constroem diante da questão social. Esse debate traz luz para pensar a realidade de

outras profissões que atuam no enfrentamento das desigualdades sociais, constitutivas do capitalismo, como é o caso dos/as ACS (YAZBEK, 2009).

Iamamoto e Carvalho (1995) afirmam que um conceito fundamental para a compreensão da profissão na sociedade capitalista é o conceito de “reprodução das relações sociais”, correspondendo a “como a reprodução do capital permeia as várias ‘dimensões’ e expressões da vida em sociedade”.

Yazbek (2009) afirma que a reprodução das relações sociais “engloba não apenas a reprodução da vida material e do modo de produção, mas também a reprodução espiritual da sociedade e das formas de consciência social através das quais o homem se posiciona na vida social”. Tal perspectiva localiza as profissões como instituições inseridas na sociedade, o que implica considerá-las a partir de dois ângulos indissociáveis e interdependentes:

- como realidade vivida e representada na e pela consciência de seus agentes profissionais e que se expressa pelo discurso teórico e ideológico sobre o exercício profissional; - como atividade socialmente determinada pelas circunstâncias sociais objetivas que imprimem certa direção social ao exercício profissional, que independem de sua vontade e/ou da consciência de seus agentes individuais. (YAZBEK, 2009, p. 4).

As profissões seriam, portanto, “uma unidade contraditória, podendo ocorrer um desencontro entre as intenções do profissional, o trabalho que realiza e os resultados que produz” (YAZBEK, 2009, p. 4).

No Brasil, a sociologia das profissões tem sido bastante utilizada para compreender e reconceituar as transformações por que passam tanto as profissões tradicionais como as emergentes, sendo muito aplicada na saúde. Partindo inicialmente dos estudos de Donnangelo (1975) sobre a profissão médica, demarca-se o início de uma longa trajetória de pesquisa, hoje ampliada para análise tanto do trabalho como da educação na saúde (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

Maria Helena Machado, Lilia Blima Schraiber, Jairnilsom Paim, Carmem Teixeira, Célia Pierantoni, Sabado Girardi, Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker, entre tantos outros, deram sua contribuição, em especial ao olhar para as profissões de nível superior, somado ao grupo da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, que vem pesquisando e formulando sobre as profissões de nível técnico.

Dada a complexidade deste universo, é importante diferenciar os termos profissionais da saúde de trabalhadores de saúde. Segundo Machado e Ximenes Neto (2018, p. 1972),

[...] profissionais da saúde são os que, estando ou não ocupados no setor, têm formação ou qualificação profissional específica para o desempenho de atividades ligadas ao cuidado ou às ações de saúde; trabalhadores da saúde são os que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde no setor saúde, podendo ter ou não formação específica para as funções atinentes.

Outros termos afins ao universo em questão são observados na literatura, como é o caso da classificação das ocupações estabelecida por Girardi, Fernandes Júnior e Carvalho (2000) em ocupações “não regulamentadas” (ou reguladas pelo mercado), as “fracamente regulamentadas” e as “fortemente regulamentadas” (profissões).

Para os autores, as ocupações de nível técnico médio são geralmente fracamente regulamentadas, pois grande parte “tem regulados tão somente os requisitos educacionais, na forma de currículos mínimos que lhes conferem direito a certificados, ou a autorização de praticar determinados atos e de exercer algumas atividades” (GIRARDI; FERNANDES JÚNIOR; CARVALHO, 2000).

Traçando um panorama jurídico institucional das profissões de nível superior (enfermagem, serviço social, psicologia e pedagogia) cujas práticas e saberes fazem interface com os/as ACS, tem-se o que se apresenta no quadro a seguir.

**Quadro 4** – Aspectos normativos da regulamentação profissional de ACS em enfermagem, serviço social, psicologia e pedagogia no Brasil

	<b>ACS</b>	<b>Enfermagem</b>	<b>Serviço Social</b>	<b>Psicologia</b>	<b>Pedagogia</b>
CBO	5151-05	2235-05	2516-05	2015	2394-15
Lei do exercício profissional	Leis n. 10.507/2002, 11.350/2006 e 13.595/2018	Leis n. 2.604/1955, 7.498 de 1986 e Decreto nº 94.406/1987	Leis n. 3252/1957, 8.662/1993 e Decreto nº 994/1962	Lei n. 4.119/1962 e Decreto nº 53.46/1964	Lei n. 9.394/1996
Norma reguladora da formação profissional	Referencial Curricular para CTACS de 2004  Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde – ACS: Diretrizes	Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001  Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem	Resolução CNE/CES n. 15, de 13 de março de 2002  Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Serviço Social	Resolução CNE/CES n. 5, de 15 de março de 2011  Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Psicologia	Resolução CNE/CP n. 1, de 15 de maio de 2006  Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Pedagogia, licenciatura

	e Orientações para a Formação de 2020				
Órgão com competência regulatória do Exercício Profissional	Ministério da Saúde (MS)	Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)  Lei n. 5.905/1973	Conselho Federal do Serviço Social (CFESS)  Decreto n. 994/62	Conselho Federal de Psicologia (CFP)  Lei n. 5.766/1971	Conselho Federal de Educadores e Pedagogos (CFEP)
Código de Ética	X	Resolução COFEN n. 564/2017	Resolução CFESS n. 273/1993	Resolução CFP n. 010/2005	Resolução CFEP n. 3/2018
Associação de Ensino e Pesquisa	x	Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)  Decreto Federal n. 31.417/52	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS)	Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP)	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped)

Fonte: a autora.

É importante localizar que no Brasil o direito à liberdade de exercício profissional é constitucionalmente assegurado na Constituição Federal de 1988, cujo art. 5º, inciso XIII, reconhece ser “livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer” (BRASIL, 1988).

No caso das profissões de saúde, atualmente, seguem um percurso de regulamentação que passa pela oferta de um curso reconhecido pelo Ministério da Educação em articulação com o Ministério da Saúde, seguida do pleito, no Ministério do Trabalho e Emprego, de um código específico na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Por fim, ocorre a apresentação de um PL na Câmara dos Deputados ou no Senado Federal indicando, na sua justificativa, a existência de um curso reconhecido, do CBO, além de demonstrar o interesse público da profissão (BORBA *et al.*, 2020).

Considerando o paradigma do poder defendido por Freidson (1994), em que “autonomia, expertise e credencialismo são os três conceitos que constituem um espaço analítico que permite definir e identificar o poder das profissões”, as profissões de nível superior mencionadas no quadro 4 revelam que todas buscaram estabelecer mecanismos garantidores de poder, tais como: conselhos profissionais, com competência para credenciar e disciplinar o exercício profissional; leis da profissão; associações de ensino e pesquisa que se preocupam com a qualidade da

formação e pesquisa; Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que garantem as expertises, delimitam o perfil desejado da formação, competências, estrutura curricular e condições exigidas para a formação.

No caso das ACS, não se tratando de uma profissão liberal, mas totalmente vinculada ao serviço público de saúde, têm como órgão regulatório do exercício profissional o MS, que emite portarias e normas, com destaque para as PNABs, que delimitam atribuições comuns entre os membros da ESF e as atribuições específicas de cada profissional. Por outro lado, galgando o caminho do credencialismo, garantiram a aprovação da lei da profissão no Congresso Nacional em 2002, alterada em 2006 e 2018. Esta última entra em choque com definições da PNAB 2017, revelando disputas de interesse do poder executivo em relação à categoria ACS e limites na autonomia profissional em comparação a outras profissões.

Pode-se observar que todas as profissões da saúde descritas no quadro 4 detêm leis exclusivas para regulamentar seu exercício profissional, não existindo, nesses moldes, a lei de regulamentação profissional do pedagogo que tem como base legal a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) de 1996 (BRASIL, 1996).

Além disso, a profissionalização dos pedagogos passa por disputas quanto ao seu formato baseado na criação de conselhos profissionais ou não, com a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE) se posicionando contra por compreender que pode haver “fragmentação da categoria dos trabalhadores em educação e o conseqüente enfraquecimento da representação sindical de uma importante parcela de trabalhadores que atuam nas escolas públicas e privadas” (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO, 2017). Assim, apesar de existir um site e mesmo resoluções publicadas por um “Conselho Federal de Educadores e Pedagogos”, não existe uma lei que o regulamente.

Quanto aos códigos de ética, todas as profissões supramencionadas detêm uma resolução emitida por seus respectivos conselhos profissionais, o que não existe para o caso das ACS.

O serviço social, para além do código de ética como instrumento normativo, nos moldes deontológicos, faz uma ampla discussão em torno do projeto ético-político da profissão discutindo o papel dos assistentes sociais na defesa dos interesses da classe trabalhadora e sua articulação com outros sujeitos sociais na

construção de uma sociedade anticapitalista (PAULO NETTO, 1999; TEIXEIRA *et al.*, 2009).

A inexistência de associação de ensino na categoria ACS também é indicador do quanto a agenda da formação se encontra limitada na sua profissionalização, com outros sujeitos pesquisando sobre ACS sem que a própria categoria pesquise e defina os rumos da sua formação

A partir deste panorama teórico e institucional, buscou-se compreender a profissionalização dos/as ACS no Brasil, a partir das mudanças na base cognitiva e de poderes que atravessaram sua conformação sócio-histórica, inseridas numa conjuntura de desmonte de políticas sociais e redução do papel do Estado na garantia da saúde e cidadania.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

A tese está organizada em formato de três artigos, seguindo, no conjunto, os procedimentos metodológicos a seguir detalhados.

#### **3.1 Desenho do estudo**

O estudo se enquadrou no âmbito das abordagens qualitativas que representam formas de sentido, as quais podem ser reconstruídas e analisadas com diferentes métodos que permitam ao pesquisador desenvolver modelos, tipologias, teorias (mais ou menos generalizáveis) como formas de descrever e explicar as questões sociais (FLICK, 2009, p. 12).

#### **3.2 Coleta e análise dos dados**

- 1) Para compreender práticas, formação, legitimidade e condições de trabalho dos/as ACS no Brasil e no mundo no contexto da pandemia de Covid-19, foi realizada análise documental e de posicionamentos públicos dos sujeitos envolvidos nessa disputa no Brasil, além de revisão de escopo internacional da atuação dos/as ACS no contexto da pandemia de Covid-19;
- 2) Para compreender a profissionalização dos/as ACS identificando atribuições e perfil de formação em relação a outras profissões em nível de graduação cursada, foram realizados grupo focal e entrevistas individuais com ACS que são graduados/as em serviço social, pedagogia, enfermagem e psicologia. Além disso, foram realizadas entrevistas com informantes-chave que ocupam posições importantes na disputa dos rumos da profissionalização da categoria;
- 3) Para compreender como a formação universitária de ACS influencia sua atuação no SUS, identificando interfaces e particularidades em relação à enfermagem, psicologia, serviço social e pedagogia, foram realizados grupo focal e entrevistas individuais com ACS com essas graduações.

A análise dos dados coletados nas entrevistas, no grupo focal, nos documentos e nas posições públicas se deu por meio da perspectiva da hermenêutica-dialética. Segundo Minayo (1996), a hermenêutica oferece as balizas para a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos, partindo da linguagem como o terreno comum de realização da intersubjetividade, marcado pela história e pela cultura. Busca as bases dos consensos e da compreensão na tradição e na linguagem.

Já o exercício dialético considera como fundamento da comunicação as relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas, contraditórias entre classes, grupos e culturas, sendo a linguagem não apenas um veículo de comunicação, mas também de dificuldade de comunicação, pois escondem e expressam a realidade conflitiva das desigualdades, da dominação, da exploração, da resistência e da conformidade.

Assim, partiu-se da premissa de que qualquer texto, discurso, se constrói na história, precisando estar referido ao contexto no qual foi produzido; e que os seres humanos não são só objetos da investigação, mas também sujeitos de relações.

Resumindo, enquanto a hermenêutica busca as bases dos consensos e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação (MINAYO, 1996).

A triangulação de métodos também foi adotada neste estudo, a partir da intersubjetividade presente em documentos e falas dos entrevistados, buscando tanto uma maior clareza teórica quanto a compreensão da realidade investigada (DENZIN, 1978; MINAYO, 1996).

### **3.3 Campo e sujeitos de pesquisa**

O campo delimitado para estudo foi o Brasil, no período de 2016 a 2020, quando decorreram muitos processos de mudanças e descaracterização da APS, assim como as alterações mais recentes na regulamentação da profissão ACS.

Os sujeitos foram escolhidos a partir do conceito de informante-chave. Para Minayo (1996), no momento de escolha dos informantes da pesquisa, deve haver menos preocupação com a generalização e mais com o aprofundamento e a

abrangência da compreensão do grupo social com o qual a pesquisa se relaciona. Assim, a escolha da amostra obedeceu aos seguintes critérios:

a) definir claramente o grupo social mais relevante para as entrevistas e para a observação; b) não se esgotar enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa; c) embora desenhada inicialmente como possibilidade, prever um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas de campo e seu confronto com a teoria; d) prever uma triangulação. Isto é, em lugar de se restringir a apenas uma fonte de dados, multiplicar as tentativas de abordagem. (MINAYO, 1996, p. 36).

Buscando atender os objetivos da pesquisa, foram incluídos os seguintes informantes-chave nas entrevistas: Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), Federação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias (Fenasce), Grupo de Trabalho de Promoção da Saúde da Abrasco, Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Frente Parlamentar Mista em Defesa do SUS, ACS formados/as em pedagogia, serviço social, enfermagem e psicologia.

Os sujeitos do grupo focal também foram ACS formados/as nessas graduações, escolhidas a partir de uma amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência, ou seja, amostragem embola de neve. Tal amostragem lançou mão de informantes-chaves, nomeados como sementes, que ajudaram a localizar outras pessoas com o perfil necessário, ou seja, com formação nas graduações pré-definidas. As pessoas indicadas pelas sementes indicaram novos contatos com as características desejadas, a partir de suas próprias redes pessoais, e assim sucessivamente, até chegar numa saturação de nomes (VINUTO, 2014).

Tanto para as entrevistas como para os grupos focais, buscaram-se ACS residentes de um mesmo município (Santo Antônio de Jesus-BA e Recife-PE), sendo, também, municípios de moradia da pesquisadora, o que tornou viável o encontro e participação destes informantes-chave nesta fase da pesquisa.

### **3.4 Aspectos éticos**

Para atender as normas éticas da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS (CNS/MS), sobre pesquisas científicas envolvendo seres humanos, o presente estudo tomou as seguintes providências:

- 1) foram esclarecidos para os entrevistados o tema do trabalho, o tempo médio necessário para a realização da entrevista e a utilização que seria feita dos dados fornecidos, solicitando o uso do gravador, além de garantir-se o anonimato e o compromisso em dar retorno do trabalho quando finalizado;
- 2) foi solicitado que todos os entrevistados assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a partir do qual declararam estar cientes do trabalho e de acordo em participar dele;
- 3) o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE;
- 4) a ética da pesquisa implicou respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa;
- 5) a pesquisa não causou nenhum dano material e/ou moral aos participantes, tendo sido esclarecido de um possível risco de constrangimento.

Vale salientar que o projeto de pesquisa inicialmente aprovado no comitê de ética e defendido na qualificação não tinha como objetivo analisar a atuação dos/as ACS em epidemias e pandemias, o que foi redirecionado pelo contexto da crise sanitária global colocado pela pandemia de Covid-19. Tal cenário imprimiu um outro imperativo ético na pesquisa: de fazer ciência engajada que atendesse, de alguma forma, os interesses mais imediatos da humanidade e dos sistemas de saúde.

Assim, para não fugir das normas éticas da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do CNS/MS, utilizou-se como fontes novas posições e documentos públicos sem fugir do que foi estabelecido e aprovado no CEP do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE.

## 4 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão organizados em três artigos científicos originais, escritos com membros do “Grupo de Pesquisa em Redes Integradas em Saúde: avaliação do acesso e gestão do trabalho e da educação (RIS-AcesSUS)”, tendo sido submetidos e/ou aprovados para publicação em periódicos editados no Brasil, a saber:

- a) artigo 1 – Agentes comunitários de saúde na pandemia de Covid-19: scoping review – Periódico *Saúde em Debate*;
- b) artigo 2 – Agentes Comunitárias de Saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil – Periódico *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*;
- c) artigo 3 – Agentes comunitárias de saúde e a busca pelo ensino superior: motivações, implicações, epistemologias e o futuro da profissão – Periódico *Trabalho, Educação e Saúde*.

O primeiro artigo da tese procurou sistematizar e analisar a literatura disponível em 2020, a partir de uma revisão de escopo sobre o trabalho dos/as ACS no enfrentamento à pandemia de Covid-19, em diversos países do mundo.

O segundo artigo também foi redirecionado à emergência sanitária, a partir da análise documental e de posicionamentos públicos, analisando as disputas quanto ao trabalho dos/as ACS no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil, assim como experiências voluntárias análogas desenvolvidas no País, que contribuem para reflexão sobre o futuro da profissão.

O terceiro artigo partiu do banco de dados originado das entrevistas e grupos focais realizados antes da pandemia, com informantes-chave e ACS com formação superior, com o objetivo de compreender como a formação universitária influencia sua atuação no SUS, identificando interfaces e particularidades em relação a enfermagem, psicologia, serviço social e pedagogia.

O conjunto de artigos, portanto, visou atender ao objetivo geral já anunciado anteriormente: analisar o processo de profissionalização dos/as ACS, tendo em vista as disputas presentes na conjuntura brasileira, no período de 2016 a 2020.

#### 4.1 Artigo 1 – Agentes comunitários de saúde na pandemia de Covid-19: scoping review<sup>1</sup>

##### RESUMO

Este artigo tem por objetivo sistematizar e analisar a literatura que aborda o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no enfrentamento à pandemia de Covid-19. Trata-se de uma revisão de escopo, realizada na Embase, Lilacs, SciELO, Medline e Cochrane Library. Envolve publicações no período de janeiro a dezembro de 2020, tendo os estudos selecionados sido submetidos à análise, considerando as seguintes categorias: práticas, formação, condições de trabalho e legitimidade. Foram incluídos 29 estudos na revisão cujo cenário de atuação das ACS foram países da África, América do Sul, América do Norte, Ásia e Europa. Os resultados revelaram enfoques diversificados de práticas nos países estudados que envolvem ações de cuidado, vigilância, comunicação e educação em saúde, práticas administrativas, articulação intersetorial e mobilização social. A formação recebida parece não corresponder ao rol de práticas e impacto esperado do trabalho das ACS. As condições de trabalho continuam precarizadas com alguns incentivos extras sendo ofertados em diferentes cenários. O reconhecimento e legitimidade perante às autoridades sanitárias revelam a disputa em torno do próprio rumo dos modelos de atenção à saúde e abrangência dos sistemas de proteção social nos diversos países.

**Palavras-chaves:** Agente Comunitário de Saúde. Infecções por Coronavírus. Saúde Comunitária. Saúde Global.

---

<sup>1</sup> AUTORES:

**Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo:** Centro Acadêmico da Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. R. Alto do Reservatório - Alto José Leal, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, CEP: 55608-680. livia.me@ufpe.br. ID do ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5737-751X>

**Paulette Cavalcanti de Albuquerque:** Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE. Recife, Pernambuco, Brasil. [paulette@cpqam.fiocruz.br](mailto:paulette@cpqam.fiocruz.br) ID do ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8283-5041>

**Romário Correia dos Santos:** Pós Graduando do curso lato sensu (Residência Multiprofissional) em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE. Recife, Pernambuco, Brasil. [romario.correia@outlook.com](mailto:romario.correia@outlook.com) ID do ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4973-123X>

## ABSTRACT

This paper aims to systematize and analyze the literature that addresses the role of Community Health Worker (CHW) in confronting the Covid-19 pandemic. This is a scope review, carried out in the Embase, Lilacs, SciELO, Medline and Cochrane Virtual Libraries. It involves publications from January to December 2020, and the selected studies were submitted to analysis, considering the following categories: practices, training, working conditions and legitimacy. Twenty-nine studies were included in the review whose CHW performance scenarios were countries in Africa, South America, North America, Asia and Europe. The results revealed diversified approaches to practices in the countries studied that involve actions of care, surveillance, communication and health education, administrative practices, intersectoral articulation and social mobilization. The training received does not seem to correspond to the list of practices and expected impact of the CHW. Working conditions remain precarious with some extra incentives being offered in different scenarios. The recognition and legitimacy before the health authorities reveal the dispute over the direction of health care models and the scope of social protection systems in different countries.

**Keywords:** Community Health Workers. Coronavirus Infections. Community health. Global health.

## Introdução

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) são profissionais que oferecem educação em saúde e encaminhamentos para uma ampla gama de serviços, fornecendo apoio e assistência a comunidades, famílias e indivíduos com medidas preventivas e de acesso a serviços sociais e de saúde adequados<sup>1</sup>.

Muitas evidências demonstraram resultados positivos do trabalho que estas desenvolvem em países de baixa, média e alta renda, assim como as lacunas e barreiras que permanecem e precisam ser superadas quanto aos rumos destas trabalhadoras nos diversos sistemas de saúde<sup>2, 3, 4</sup>.

No que diz respeito à atuação em resposta aos contextos de crises sanitárias, a literatura elucida que estas trazem contribuições eficientes e efetivas, a exemplo da atuação nas epidemias de HIV, Dengue, Zika e Ebola<sup>5, 6</sup>.

O Regulamento Sanitário Internacional (2005), as Diretrizes para otimização de programas de ACS (2018) e a Estratégia Global para Influenza 2019-2030 (2019), publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), são acúmulos e orientações aos países para melhor prevenirem, protegerem e controlarem a propagação internacional de doenças, considerando a importância do envolvimento de ACS e das comunidades<sup>7, 8, 9</sup>.

Na pandemia de Covid-19, entendida como um evento crítico de saúde, se faz fundamental colocar no centro da análise não apenas o corpo orgânico, mas o sujeito humano, a sociedade, o ambiente e a cultura. Assim, desvela-se a importância de respostas que envolvem não apenas fármacos e serviços hospitalares, mas, medidas complexas, que têm a Atenção Primária à Saúde (APS) integrada à Vigilância Epidemiológica, lugar de destaque<sup>10, 11</sup>. Nessa perspectiva, as ACS estão em posição estratégica, promovendo reorientação de práticas para enfrentamento e mitigação dos efeitos da pandemia.

Este artigo tem como objetivo sistematizar e analisar a literatura que aborda o trabalho das ACS no enfrentamento à pandemia de Covid- 19, considerando recomendações, práticas, formação, condições de trabalho e legitimidade.

## **Material e Métodos**

Trata-se de um *Scoping Review*, conforme o método de revisão proposto pelo Instituto Jonna Briggs. Esse método permite mapear os principais conceitos, clarificar áreas de pesquisa e lacunas do conhecimento, além de sintetizar diferentes tipos de estudos sobre políticas para melhorar resultados de saúde<sup>12</sup>.

Para a construção da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia Population, Concept e Context (PCC)<sup>12</sup>, sendo: P-ACS; C- trabalho e C- pandemia de Covid-19. Com base nessas definições a questão norteadora desta revisão foi assim definida: Como as ACS trabalharam no enfrentamento da pandemia de Covid-19, considerando recomendações, práticas, formação, condições de trabalho e legitimidade?

Foi realizada uma pesquisa eletrônica, entre 01 e 20 de Fevereiro de 2021 nas Bibliotecas Virtuais Bireme, para acesso à Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); PubMed, para acesso aos estudos publicados na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline); *Cochrane Library/Cochrane Database of Systematic Reviews*; e na base de dados *Excerpta Medica Database* (Embase).

Na estratégia de busca foram utilizados os descritores e operadores booleanos<sup>13</sup> “Agente Comunitário de Saúde” AND “Infecções por coronavírus”, cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Foram identificados os termos relacionados a “Agente Comunitário de Saúde” na literatura<sup>4, 14, 15, 16, 17</sup> que também foram buscados a partir da utilização dos operadores booleanos AND e OR, um a um, conforme detalhado no exemplo abaixo.

Na Medline, através da *PubMed*, a busca ocorreu no dia 20 de fevereiro de 2020 seguindo a estratégia: "Community Health Workers" AND "Coronavirus Infections"; "Frontline health workers" AND "Coronavirus Infections"; "Lay Health Workers" AND "Coronavirus Infections"; "Close-to-community providers" AND "Coronavirus Infections"; "Anganwadi Worker" OR "Accredited Social Health Activist" OR "Auxiliary Nurse Midwife" AND "Coronavirus Infections"; "Gizi" OR "Kesehatan" OR "KB" AND "Coronavirus Infections"; "Community Health Agent" AND "Coronavirus Infections"; "Family Welfare Assistant" AND "Coronavirus Infections"; "Shasthya Shebika" AND "Coronavirus Infections"; "Health Assistant" AND "coronavirus infections"; "Community-Based Skilled Birth Attendant" AND "coronavirus infections"; "Community Health Care Provider" AND "Coronavirus Infections"; "Health Extension Worker" AND "coronavirus Infections"; "Health Development Army Teams" AND "Coronavirus Infections"; "Lady Health Worker" AND "Coronavirus Infections"; "Village Health Worker" AND "Coronavirus Infections"; "Village Health Teams" AND "Coronavirus Infections"; "Village Health Volunteer" AND "Coronavirus Infections"; "Home-Based Carer" AND "Coronavirus Infections"; "Lay Counselor" OR "Adherence Counselor" AND "Coronavirus Infections"; "Female Community Health Volunteer" AND "Coronavirus Infections"; "Maternal Child Health Worker" AND "Coronavirus Infections"; "Behvarz" AND "Coronavirus Infections"; "Brigadista" AND "Coronavirus Infections"; "Volunteer Midwives" OR "Volunteer

Collaborators" AND "Coronavirus Infections"; "Health Promoters" AND "Coronavirus Infections"; "Community Health Volunteer" AND "Coronavirus Infections"; "Community Health Assistant" AND "Coronavirus Infections"; "Community Based Agent" AND "Coronavirus Infections"; "Health Surveillance Assistant" AND "Coronavirus Infections"; "Agentes Polivalentes Elementares" AND "Coronavirus Infections"; "Community health representatives" AND "Coronavirus Infections"; "Aboriginal health workers" AND "Coronavirus Infections"; "Community health aides" AND "Coronavirus Infections"; "Community navigators" AND "Coronavirus Infections"; "Health trainers" AND "Coronavirus Infections"; "Paraprofessional home visitors" AND "Coronavirus Infections"; "Community nutrition workers" AND "Coronavirus Infections"; "Barangay Health Workers" AND "Coronavirus Infections".

Posteriormente, filtrou-se os estudos em línguas inglesa, espanhola e portuguesa, publicados entre 01 de Janeiro de 2020 e 31 de Dezembro de 2020.

As estratégias de busca foram efetuadas individualmente pelos revisores tendo como critérios de inclusão: estudos com foco principal no trabalho das ACS na pandemia de Covid-19; estudos publicados no ano de 2020; estudos nos idiomas português, espanhol ou inglês. Já os critérios de exclusão: estudos que não citam objetivamente a atuação das ACS na pandemia; estudos que embora mencionem as ACS, não trazem qualquer informação que responda à pergunta condutora e as categorias analíticas; estudos cujo descritor é sinônimo para ACS, mas o profissional objeto do estudo é outro ator.

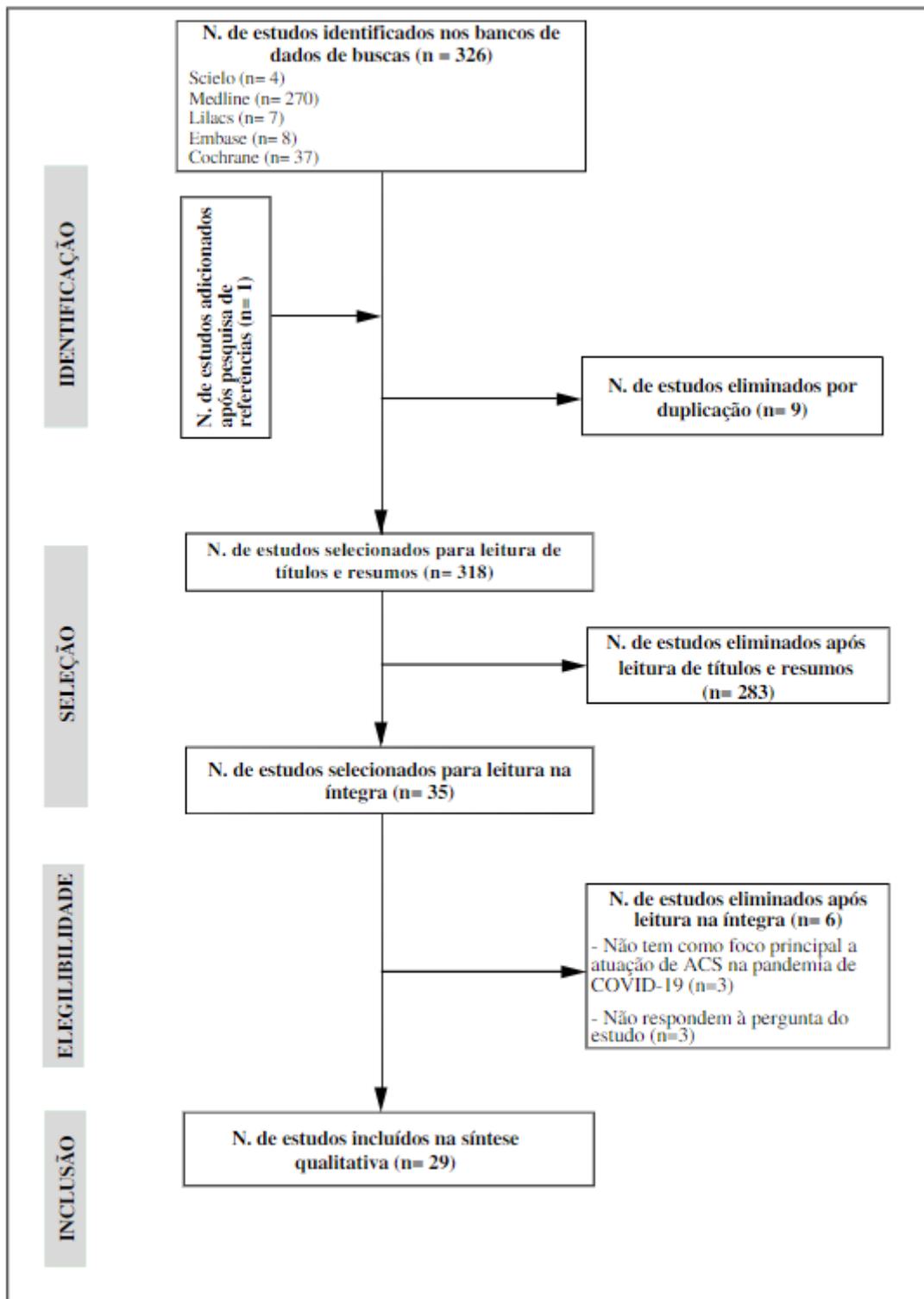
A pesquisa foi realizada em três fases por dois avaliadores (L.M e R.C), sendo os desacordos de inclusão ou exclusão dos estudos resolvidos com discussão e busca de consenso. Caso os desacordos não fossem resolvidos, uma terceira revisora foi consultada (P.C). A primeira etapa de identificação dos estudos foi realizada através da busca nas bases de dados utilizando os descritores e operadores booleanos já mencionados, seguido de busca de estudos nas suas referências bibliográficas, para novas inclusões, com posterior eliminação dos duplicados. A segunda etapa consistiu na seleção dos estudos após avaliação dos títulos e resumos, chegando à definição dos estudos para leitura na íntegra. A terceira etapa envolveu análise dos textos completos e eleição dos que seriam incluídos na revisão, a partir dos critérios de inclusão e exclusão.

Após a formação do corpus desta revisão, todos os estudos incluídos foram sistematizados em um formulário padrão no Excel, estratificando-os em categorias pré-definidas de forma indutiva,<sup>18</sup> quais sejam: práticas, formação, condições de trabalho e legitimidade. Ao longo do processo de leitura e sistematização, foram sendo delimitadas subcategorias que são apresentadas nos quadros 2 e 3.

## **Resultados**

O processo de busca e seleção dos estudos seguiu as recomendações da JBI e *checklist* adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Citar o JBI). Foram identificados 326 estudos, sendo 04 indexados na SciELO, 270 na Medline, 07 na Lilacs, 08 na Embase e 37 na Cochrane. Uma nova inclusão foi realizada, a partir da triagem manual da lista de referências nos estudos eleitos (01), seguida de eliminação dos estudos duplicados (09). Foram selecionados 318 estudos para leitura de títulos e resumos, a partir da qual foram eliminados 238 estudos, ficando 35 estudos para leitura na íntegra. Foram eliminados 06 estudos por não atenderem aos critérios de inclusão, apresentando as devidas justificativas. Por fim, foram incluídos 29 estudos nesta revisão de escopo (Figura 1).

**Figura 1** - Fluxograma indicando o processo de seleção dos estudos adaptado do PRISMA.



Fonte: Os autores

O Quadro 1 apresenta o resumo das informações dos 29 estudos incluídos, onde verificou-se a seguinte distribuição quanto aos países/cenário de atuação das ACS: sete na África (África do Sul, Libéria, Nigéria e Zâmbia), quatro na América do Sul (Brasil e Peru), nove na América do Norte (Estados Unidos da América), quatro na Ásia (Índia, Filipinas e Vietnã), um na Europa (Inglaterra) e quatro sem cenário especificado.

A revisão de escopo incluiu estudos de revisão de literatura (03), pesquisas qualitativas (13), estudos transversais (01) assim como artigos de opinião em revistas acadêmicas (12).

**Quadro 1** - Características gerais dos estudos incluídos na revisão de escopo

<b>RECOMENDAÇÕES</b>			
<b>AUTORES</b>	<b>PAÍS/CENÁRIO</b>	<b>TEMA</b>	<b>TIPO DE ESTUDO</b>
AKSEER <i>et al.</i> <sup>19</sup>	Não Especificado	Saúde materno-infantil	Revisão de literatura
BALLARD <i>et al.</i> <sup>20</sup>	Não Especificado	Roteiro de ação rápida de enfrentamento à pandemia de Covid-19	Artigo de opinião
BHAUMIK, <i>et al.</i> <sup>21</sup>	Não Especificado	Principais problemas, barreiras e facilitadores na pandemia de Covid-19	Revisão de literatura
CORBURN <i>et al.</i> <sup>22</sup>	Não Especificado	Atuação em populações vulneráveis	Artigo de opinião
MACIEL <i>et al.</i> <sup>23</sup>	Brasil	Processo de trabalho das ACS	Revisão de literatura
NAYLOR MD; HIRSCHMAN KB; MCCAULEY K. <sup>24</sup>	EUA	Saúde do idoso	Artigo de opinião
HAINES <i>et al.</i> <sup>25</sup>	Inglaterra	Propor um programa de ACS	Artigo de opinião

<b>RELATOS DE EXPERIÊNCIAS</b>			
<b>AUTORES</b>	<b>PAÍS/CENÁRIO</b>	<b>TEMA</b>	<b>TIPO DE ESTUDO</b>
NEPOMNYASHCHIIY <i>et al.</i> <sup>26</sup>	África	Importância das ACS em pandemias	Artigo de opinião
BREY <i>et al.</i> <sup>27</sup>	África do Sul	Entrega de medicação em domicílio	Pesquisa qualitativa
MASH; GOLIATH; PEREZ <sup>28</sup>	África do Sul	Reorganização de serviços de Atenção Primária à Saúde	Pesquisa qualitativa
DAVID; MASH. <sup>29</sup>	África do Sul	Triagem e testagem comunitária	Pesquisa qualitativa
OMORONYIA <i>et al.</i> <sup>30</sup>	Nigéria	Avaliação de conhecimentos e práticas	Estudo transversal
SHAM; CICCONE; PATEL <sup>31</sup>	Zâmbia	Cuidados de paciente com epilepsia	Pesquisa qualitativa
LOTTA <i>et al.</i> <sup>32</sup>	Brasil	Atuação geral das ACS	Artigo de opinião
DUARTE <i>et al.</i> <sup>33</sup>	Brasil	Atuação junto a enfermeiras	Pesquisa qualitativa
REINDERS <i>et al.</i> <sup>34</sup>	Peru	Saúde materno-infantil	Pesquisa qualitativa
MAYFIELD-JOHNSON <i>et al.</i> <sup>35</sup>	EUA	Atuação geral das ACS	Pesquisa qualitativa
LOGAN; CASTAÑEDA <sup>36</sup>	EUA	Comparar atuação das ACS	Pesquisa Qualitativa
KATZMAN <i>et al.</i> <sup>37</sup>	EUA	Educação permanente	Pesquisa Qualitativa
PERETZ; ISLAM; MATIZ <sup>38</sup>	EUA	Determinantes de saúde	Pesquisa Qualitativa
KERKHOFF <i>et al.</i> <sup>39</sup>	EUA	Modelo de testagem e	Pesquisa

		cuidado na pandemia	Qualitativa
WATERS <sup>40</sup>	EUA	Atuação geral das ACS	Artigo de opinião
ROSENTHAL; MENKING; BEGAY <sup>41</sup>	EUA	Atuação em comunidade indígena	Pesquisa Qualitativa
NANDA <i>et al.</i> <sup>42</sup>	Índia	Oportunidades a partir da pandemia	Artigo de opinião
CHATTERJEE <i>et al.</i> <sup>43</sup>	Índia	Atuação geral das ACS	Pesquisa Qualitativa
RELATO DE EXPERIÊNCIAS COM RECOMENDAÇÕES			
AUTORES	PAÍS/CENÁRIO	TEMA	TIPO DE ESTUDO
WIAH <i>et al.</i> <sup>44</sup>	Libéria	Propor um programa de ACS	Artigo de opinião
TRAN <i>et al.</i> <sup>45</sup>	Vietnã	Atuação geral das ACS	Artigo de opinião
PALAFOX <i>et al.</i> <sup>46</sup>	Filipinas	Importância das ACS em países de baixa e média renda	Artigo de opinião
GOLDFIELD <i>et al.</i> <sup>47</sup>	EUA	Oportunidades a partir da pandemia	Artigo de opinião

Fonte: Os autores

### Práticas abrangentes e diversificadas na pandemia de Covid-19

Segundo a literatura aqui revisada, as ACS realizaram práticas diversificadas, variando de acordo com os cenários e perfis profissionais pré-existentes (Quadro 2). As práticas de cuidado na pandemia envolveram a continuidade ou restabelecimento de programas de apoio à saúde sexual e reprodutiva assim como aos cuidados materno-infantil <sup>19, 20, 33, 34, 36, 42,43</sup>.

A gestão integrada de casos de doenças infecciosas como malária e tuberculose, assim como de condições crônicas pré-existentes como hipertensão, diabetes, HIV, epilepsia e deficiências, foram registradas na literatura, sendo muitas

destas consideradas fatores de risco para o agravamento da Covid-19<sup>20, 22, 23, 28, 31, 33, 36, 43, 44</sup>. Neste sentido, a entrega de medicamentos em domicílio passou a ser uma prática das ACS em alguns países, minimizando o deslocamento destes grupos aos serviços e o risco de contrair o coronavírus<sup>23, 27, 28, 31, 43</sup>.

O monitoramento e apoio em saúde mental àqueles que sofrem de transtornos por abusos de substâncias, depressão, ansiedade e sofrimento em decorrência do luto, envolveu ações como facilitação para renovação de prescrição, agendamento de consultas com prestadores de cuidados primários e de saúde mental, assim como visitas domiciliares, monitoramento telefônico e uso da cura tradicional, no caso das comunidades indígenas<sup>21, 23, 24, 25, 34, 36, 40, 41, 46</sup>.

As visitas domiciliares ou peri-domiciliares, para acompanhamento de doentes, foram interpretadas como um dilema, com alguns países mantendo-as, outros reduzindo-as ou interrompendo-as, com substituição por tele monitoramento<sup>21, 23, 31, 32, 34</sup>.

Intervenções de apoio diagnóstico com aferição de temperatura, pressão arterial e oximetria foram sugeridas na Inglaterra<sup>25</sup>, que vem discutindo uma proposta de implantação de ACS no seu sistema de saúde. No Brasil, apesar de tais práticas serem previstas, só serão implantadas mediante treinamento, disponibilidade de EPIs e de equipamentos<sup>23</sup>.

No que diz respeito à introdução de vacinas e aos eventuais tratamentos que surjam para Covid-19, a literatura recomenda que as ACS contribuam na preparação dos sistemas de saúde e das comunidades<sup>20, 23, 33, 44</sup>.

As práticas de vigilância em saúde envolveram realização de rastreamento de contato, isolamento, quarentena e toques de recolher, a partir de mandatos tribais<sup>20, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 33, 36, 41, 42, 43, 45, 47</sup>, assim como o monitoramento de pacientes e cuidadores quanto à deterioração clínica da Covid-19<sup>20, 22, 23, 24, 25, 33, 38, 40, 44</sup>. Não foi relatado em nenhum estudo a realização de testes por parte das ACS.

A vigilância ambiental, utilizando abordagens de saúde única<sup>21</sup>, foi recomendada, com relatos de rastreamento de icterícia, aconselhamento sobre água potável e distribuição de solução de cloro<sup>43</sup>, além do apoio à desinfecção de superfícies em comunidades<sup>20, 22, 44</sup> e atuação em barreiras sanitárias<sup>41</sup>.

Vários estudos também mencionaram o papel das ACS na coleta de dados, visando compreender o impacto da pandemia<sup>21, 23, 25, 43, 46, 47</sup>, o que sugere a

importância, de magnitude local e nacional, desta trabalhadora para diagnósticos mais próximos da realidade.

Outro papel de grande destaque diz respeito às práticas de educação e comunicação em saúde sobre sinais, sintomas e rotas de transmissão do vírus<sup>20, 22, 23, 28, 33, 34, 39, 42, 43, 46, 47</sup>, agindo como ponte para acesso ao sistema formal de saúde e à telemedicina<sup>20, 22, 23, 33, 36, 38, 46, 47</sup>.

No âmbito da comunicação social, muitos estudos mencionaram a importância no combate à desinformação, às fake news, ao medo, estigma com pessoas adoecidas e desconfiança em relação ao sistema de saúde e às vacinas<sup>20, 23, 33, 36, 42, 43, 44, 47</sup>. Foram desenvolvidas estratégias, tanto em áreas urbanas como nas áreas rurais, incluindo impressão de folhetos educativos e disponibilização em locais de permanente circulação, grafia de instruções sobre lavagem das mãos nas paredes, postagens nas redes sociais, veiculação de informações em bicicleta ou carros de som, rádios e jornais comunitários<sup>23, 36, 43</sup>.

Um papel diferenciado na dimensão comunicativa diz respeito à tradução linguística e cultural de protocolos da saúde e seu papel de intérprete para médicos em países com grande quantidade de imigrantes<sup>36, 38, 41, 47</sup> ou grande diversidade de dialetos<sup>31</sup>. Internamente aos serviços de APS, organizaram fluxos de atendimento de modo a evitar aglomerações<sup>23</sup>.

Muitos estudos descreveram o papel de ações intersetoriais e mobilização social tais como entrega de alimentos, material de limpeza, EPIs e apoio social para acesso à renda, moradia e emprego<sup>20, 22, 23, 24, 25, 33, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45</sup>.

Identificar e articular apoio em situações de violência doméstica também foi registrado nos estudos revisados, visto que, comumente, a ACS é o primeiro contato em casos de assédio no lar<sup>36, 40, 43</sup>. Nos EUA, conectaram clientes com assistência jurídica, incluindo serviços de assessoria para regularizar a situação de imigração, além de explicarem requisitos complexos de elegibilidade para vários programas governamentais, ressaltando a *advocacy* como uma prática essencial das ACS<sup>36, 38</sup>.

## **Quadro 2** - Práticas desenvolvidas pelas ACS na pandemia de Covid-19, 2020

<b>PRÁTICAS</b>	
<b>PRÁTICAS DE CUIDADO</b>	<b>PAÍS/CENÁRIO</b>
1. Restabelecimento de programas de apoio à saúde materna-infantil à saúde sexual e reprodutiva <sup>19, 20, 33, 34, 36, 42, 43</sup>	Brasil <sup>33</sup> , EUA <sup>36</sup> , Índia <sup>42, 43</sup> , Peru <sup>34</sup>
2. Gestão integrada de doenças transmissíveis e cuidados para condições crônicas <sup>20, 22, 23, 24, 28, 33, 36, 43, 44</sup>	África do Sul <sup>28</sup> , Brasil <sup>23, 33</sup> , EUA <sup>24, 36</sup> , Índia <sup>43</sup> , Libéria <sup>44</sup>
3. Entregar medicamentos em domicílio <sup>27, 23, 28, 31, 43</sup>	África do Sul <sup>27, 28</sup> , Brasil <sup>23</sup> , Índia <sup>43</sup> , Zâmbia <sup>31</sup>
4. Monitoramento e apoio em Saúde Mental e a membros da comunidade enlutados <sup>21, 23, 24, 25, 36, 40, 41, 45, 46</sup>	Brasil <sup>23</sup> , EUA <sup>24, 36, 40, 41</sup> , Filipinas <sup>46</sup> , Inglaterra <sup>25</sup> , Vietnã <sup>45</sup>
5. Realizar visitas domiciliares ou peri-domiciliares, para acompanhamento de doentes <sup>21, 23, 31, 32, 34, 35, 40</sup>	EUA <sup>40</sup> , Zâmbia <sup>31</sup> , Peru <sup>34</sup> , Brasil <sup>19, 23</sup>
6. Avaliação de temperatura, pressão arterial e oximetria <sup>23, 25</sup>	Brasil <sup>23</sup> , Inglaterra <sup>25</sup>
7. Apoiar introdução de vacinas e tratamentos para Covid-19 <sup>20, 23, 33, 44</sup>	Brasil <sup>33</sup> , Libéria <sup>44</sup>
<b>PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b>	<b>PAÍS/CENÁRIO</b>

<p>8. Apoio à realização de testes, condução de rastreamento de contato, isolamento e quarentena<sup>20, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 33, 36, 41, 42, 43, 45, 47</sup></p>	<p>África do Sul <sup>28, 29</sup>, Brasil <sup>23, 33</sup>, EUA <sup>36, 41</sup>, Índia <sup>42, 43</sup>, Inglaterra <sup>25</sup>, Vietnã <sup>45</sup></p>
<p>9. Monitorar pacientes e cuidadores quanto à deterioração clínica da Covid-19 e apoiar encaminhamentos <sup>20, 22, 23, 24, 25, 33, 38, 40, 44</sup></p>	<p>Brasil <sup>23, 33</sup>, EUA <sup>24, 38, 40</sup>, Inglaterra <sup>25</sup>, Libéria <sup>44</sup></p>
<p>10. Vigilância ambiental com abordagens de saúde única e desinfecção de superfícies <sup>20, 21, 22, 43, 44</sup></p>	<p>Índia <sup>43</sup>, Libéria <sup>44</sup></p>
<p>11. Atuar em barreiras sanitárias e toques de recolher<sup>41</sup></p>	<p>EUA <sup>41</sup></p>
<p>12. Coletar dados para compreender o impacto da pandemia <sup>21, 23, 25, 43, 46, 47</sup></p>	<p>Brasil <sup>23</sup>, Filipinas <sup>46</sup>, Índia <sup>43</sup>, Inglaterra <sup>25</sup></p>
<p><b>PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE</b></p>	<p><b>PAÍS/CENÁRIO</b></p>
<p>13. Educar as comunidades e populações em risco sobre sinais, sintomas e rotas de transmissão <sup>20, 22, 23, 28, 33, 34, 39, 42, 43, 46, 47</sup></p>	<p>África do Sul <sup>28</sup>, Brasil <sup>23, 33</sup>, EUA <sup>39</sup>, Filipinas <sup>46</sup>, Índia <sup>42, 43</sup>, Peru <sup>34</sup></p>
<p>14. Agir como ponte para acesso ao sistema formal de saúde e à telemedicina <sup>20, 22, 23, 33, 36, 38, 46, 47</sup></p>	<p>Brasil <sup>23, 33</sup>, EUA <sup>36, 38, 47</sup>, Filipinas <sup>46</sup></p>

15. Organizar postos de higiene das mãos <sup>20, 44</sup>	Libéria <sup>44</sup>
16. Combater a desinformação, o medo e a desconfiança <sup>20, 23, 33, 36, 42, 43, 44, 47</sup>	Brasil <sup>23, 33</sup> , EUA <sup>36, 47</sup> , Índia <sup>42, 43</sup> , Libéria <sup>44</sup>
17. Desenvolver estratégias de comunicação diversas <sup>23, 36, 43</sup>	Brasil <sup>23</sup> , EUA <sup>36</sup> , Índia <sup>43</sup>
18. Atuar como tradutor linguístico e cultural <sup>31, 36, 38, 41, 47</sup>	EUA <sup>36, 38, 41, 47</sup> , Zâmbia <sup>31</sup>
<b>PRÁTICAS ADMINISTRATIVAS</b>	<b>PAÍS/CENÁRIO</b>
19. Organização do fluxo de atendimento nos serviços de APS <sup>23</sup>	Brasil <sup>23</sup>
<b>ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL E MOBILIZAÇÃO SOCIAL</b>	<b>PAÍS/CENÁRIO</b>
20. Entrega de alimentos, material de limpeza e apoio social a pacientes que testaram positivo e suas famílias <sup>20, 22, 23, 24, 25, 33, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45</sup>	Brasil <sup>23, 33</sup> , EUA <sup>24, 36, 38, 39, 41</sup> , Índia <sup>42, 43</sup> , Inglaterra <sup>25</sup> , Libéria <sup>44</sup> , Vietnã <sup>45</sup>
21. Identificar e articular apoio em situações de violência doméstica <sup>36, 40, 43</sup>	EUA <sup>36, 40</sup> , Índia <sup>43</sup>
22. Facilitar acesso a assistência jurídica <sup>36, 38, 45</sup>	EUA <sup>36, 38</sup> , Vietnã <sup>45</sup>

Fonte: Os autores

## Qualificação profissional para novas necessidades sócio-sanitárias

Nove estudos recomendaram formação para qualificar a atuação das ACS na pandemia de Covid-19<sup>19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 45, 46</sup>, dezesseis mencionam experiências concretas de qualificação realizadas nos diversos países<sup>26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 47</sup>, enquanto quatro estudos não mencionaram qualquer tipo de formação ofertada<sup>28, 29, 38, 39</sup> (Quadro 3).

Um estudo sugere treinamento contínuo, compartilhamento de informações e atualizações, através de meios diversos, considerando mudanças frequentes dos protocolos no decorrer da pandemia<sup>20</sup>. A formação em serviço envolveu profissionais da APS na Índia, Brasil e Peru<sup>33, 34, 43</sup> assim como treinadores locais e nacionais no Vietnã<sup>45</sup>. A oferta de cursos por instituições de ensino especializadas na área foi recomendada na Inglaterra<sup>25</sup> e realizada pela Universidade do Novo México nos EUA<sup>37</sup>.

Grande parte dos estudos sugerem o uso de ensino online<sup>20, 25, 37, 42</sup> como alternativa, sendo mencionada a experiência indiana de uma nova Plataforma de Governo Integrada para treinamento online<sup>42</sup>.

A literatura revisada apresenta objetivos e conteúdos a serem considerados tais como aquisição de conhecimentos e habilidades para prevenir, detectar e controlar a infecção por coronavírus<sup>20, 22, 31, 34, 36, 46, 47</sup>; uso da internet e aplicativos<sup>23</sup>; avaliações de déficits cognitivos, físicos e emocionais de idosos pós-hospitalização por Covid-19<sup>24</sup>; primeiros socorros e avaliação de emergências<sup>25</sup>; mitos e verdades em torno do teste e tratamento para Covid-19<sup>36, 37</sup>; e uso adequado de EPIs<sup>37</sup>.

Uma questão importante a observar é a falta de padronização mínima quanto à formação prévia e geral dessas trabalhadoras. Na Filadélfia, EUA, exige-se diploma de ensino médio e personalidade empática, além de ofertarem um mês de treinamento em habilidades como entrevista motivacional<sup>40</sup>. Em Indiana, EUA, existe um curso de nove meses para se tornar uma ACS, seguida de certificação<sup>36</sup>. Na Nação Navajo, nos EUA, todos são auxiliares de enfermagem certificados, sendo treinados como ACS no Departamento de Saúde do Novo México<sup>41</sup>.

É importante ressaltar que a falta de treinamento foi apontada como uma barreira significativa para a prestação de serviços eficazes em outras epidemias<sup>21</sup> o que parece se repetir na pandemia atual. No Brasil, estima-se que apenas 9% das ACS tenham recebido formação após quatro meses da pandemia<sup>32</sup>, enquanto na Nigéria, uma avaliação dos conhecimentos e práticas relacionadas à Covid-19 revelou defasagens que sugerem negligência na qualificação dessas profissionais<sup>30</sup>.

### **Condições de trabalho na pandemia de Covid-19**

Foram identificados cinco estudos que mencionam a precarização das condições de trabalho das ACS no contexto da pandemia<sup>20, 26, 32, 34, 42</sup>, incluindo insuficiência de EPIs<sup>20, 26, 32, 34, 42</sup>, baixos salários<sup>32</sup> ou mesmo atrasos no pagamento, preconceitos, alta carga de trabalho e falta de atenção psicossocial<sup>42</sup>. Consequentemente, alerta-se para o fato de que muitas ACS podem não querer ou serem incapazes de assumir tarefas adicionais durante a pandemia<sup>46</sup>.

Na Índia e na África as experiências revelaram uma infraestrutura carente e suprimentos básicos insuficientes para que as ACS atuassem de forma satisfatória na pandemia, prejudicando a segurança dessas profissionais e tornando-as vulneráveis ao contágio<sup>26, 42</sup>. Por outro lado, as experiências do Vietnã<sup>31</sup> e Libéria<sup>44</sup> revelam que suas ACS tiveram acesso a EPIs adequados<sup>31, 44</sup> e treinamento para seu uso<sup>44</sup>.

A forma de pagamento ao redor do mundo variou de bolsistas<sup>39</sup>, salários<sup>42</sup>, pagamento por desempenho<sup>20</sup>, até voluntariado<sup>19, 21</sup>. A literatura sugere que a remuneração deve ser implementada<sup>19,35</sup> e outros benefícios devem ser considerados como fornecimento de subsídios à moradia, treinamentos<sup>21</sup>, transporte para áreas remotas<sup>21, 30</sup>, sendo fundamental que as ACS, durante a pandemia, tenham flexibilidade para atender suas necessidades pessoais e folga remunerada<sup>35</sup>.

As más condições de trabalho das mulheres também foram descritas e analisadas como um problema pré-existente e intensificado. Por tratar-se de uma categoria feminilizada, fica sujeita a um maior volume de trabalho doméstico na pandemia e às violências de gênero<sup>21, 30, 42</sup>, como sequestros e estupros registrados em áreas rurais da Nigéria<sup>30</sup> e outros preconceitos de gênero na Índia<sup>42</sup>.

A institucionalização das ACS no mundo é variável e inespecífica segundo os resultados dessa revisão, podendo estarem vinculadas às Organizações Não Governamentais (ONGs) na África do Sul<sup>29</sup>, aos hospitais, clínicas, organizações comunitárias ou serviços de saúde indígena nos Estados Unidos<sup>36, 38, 40, 41</sup>, aos sistemas locais ou nacionais de saúde na África do Sul<sup>28</sup>, Brasil<sup>33</sup>, Índia<sup>43</sup> e Vietnã<sup>45</sup>.

O processo de trabalho pode ser multiprofissional em âmbito hospitalar<sup>38</sup> ou de APS<sup>33, 47</sup>. Podem acompanhar quantidades de famílias que variam de 40 na Zâmbia<sup>31</sup>, 60-100 na Índia<sup>43</sup>, até 250 domicílios na África do Sul<sup>27</sup>. A coordenação e/ou supervisão desses profissionais pode ser realizada por meio de lideranças tribais locais<sup>41</sup>, enfermeiros<sup>27, 28, 29, 33, 44</sup> ou assistentes sociais<sup>39, 40</sup>.

### **Legitimidade frente às comunidades, equipes de saúde e autoridades nacionais e internacionais**

A confiança na atuação e nas práticas das ACS nos territórios, nas comunidades e na sua interlocução com os sistemas nacionais, subnacionais e serviços de saúde foi a principal característica de legitimidade evidenciada nos estudos encontrados<sup>21, 22, 26, 35, 36, 38, 42, 44, 47</sup>. Isso torna a ACS uma trabalhadora importante na construção de estratégias de enfrentamento da Covid-19, sobretudo em regiões de vulnerabilização social<sup>22, 26, 47</sup>.

Porém, identificam-se desafios na legitimidade das ACS em contextos de oposição política de autoridades nacionais às recomendações da OMS, como é o caso do presidente da república do Brasil<sup>32</sup>. Além disso, há registros de assaltos às ACS na África do Sul, devido à crescente falta de renda e à insegurança alimentar da população<sup>29</sup>.

Soma-se a isso os temores de que os profissionais de saúde estejam espalhando Covid-19<sup>26, 42</sup> e outros estigmas sociais como conhecimentos limitados das ACS na Zâmbia<sup>31</sup>. Na Índia, há registros de reconhecimento das autoridades de saúde, seja com felicitações públicas, seja com aprovação de legislação contra atos de violência aos profissionais de saúde e campanhas anti-estigma<sup>42</sup>.

Outro aspecto que interfere na legitimação das ACS diz respeito aos diferentes sistemas de crença na qual estão inseridas, incluindo cenários de atenção às populações indígenas, rurais e imigrantes,<sup>30, 31, 34, 36, 39, 41</sup> o que sugere levar-se

em conta uma identidade cultural prévia no momento da seleção e qualificação profissional para uma melhor aceitabilidade da comunidade. Em países de alta renda, com crescente imigração, como é o caso dos EUA, fica evidente a importância do domínio da língua e origem étnica das ACS, tendo sido relatados casos de maior confiança e vínculo com ACS que dominam o espanhol e reconhecem os problemas decorrentes da imigração, pela população latina atendida<sup>36, 39</sup>.

Em março de 2020, uma coalizão global de 16 organizações que trabalham com governos do Haiti, Mali e Nepal emitiu um documento de posição e oferecimento de recursos técnicos para orientar os governos que buscam envolver as ACS no combate à Covid-19<sup>44</sup>. Convergindo para o que parece ser um movimento global, senadores dos EUA propuseram a criação de uma Força Nacional de Saúde para recrutar, treinar e empregar centenas de milhares de ACS<sup>40</sup>, enquanto na Inglaterra se discute a viabilidade de implantar um programa cujo custo estimado seria de £ 2,2 bilhões por ano, para 100.000 ACS<sup>25</sup>.

**Quadro 3** - Características da formação, condições de trabalho e legitimidade das ACS na pandemia de Covid-19, 2020

<b>FORMAÇÃO</b>	
<b>RESPONSÁVEIS PELA FORMAÇÃO</b>	<b>PAÍS/CENÁRIO</b>
Profissionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde, com treinadores locais e nacionais <sup>33, 34, 43, 45</sup>	Índia 43, Brasil 33, Peru 34, Vietnã 45
Instituições de ensino especializadas na área <sup>25,37</sup>	Inglaterra 25, EUA 37
<b>MODALIDADE DE ENSINO</b>	<b>PAÍS/CENÁRIO</b>
Modalidade de Ensino Online <sup>20,25, 37, 42</sup>	Inglaterra 25, EUA 37, Índia 42

OBJETIVOS E CONTEÚDOS	PAÍS/CENÁRIO
Conhecimentos e habilidades para prevenir, detectar e controlar a infecção por coronavírus <sup>20, 22, 31, 34, 46</sup>	Peru 34, Zâmbia 31
Uso de internet e aplicativos <sup>23</sup>	Brasil 23
Avaliações e intervenções em déficits cognitivos, físicos e emocionais de idosos pós-hospitalização <sup>24</sup>	EUA 24
Primeiros socorros ou avaliação de emergências médicas <sup>25</sup>	Inglaterra 25
Mitos e verdades sobre testes e tratamento para Covid-19 <sup>37</sup>	EUA 37
Uso adequado de EPIs <sup>37</sup>	EUA 37
CONDIÇÕES DE TRABALHO	
Insuficiência de EPIs <sup>20, 26, 32, 34, 42</sup>	Brasil <sup>32</sup> , Índia <sup>42</sup> , África <sup>26</sup> e Peru <sup>34</sup>
Baixos salários, atrasos no pagamento, alta carga de trabalho e falta de atenção psicossocial <sup>32, 42</sup>	Brasil <sup>32</sup> e Índia <sup>42</sup>
Pagamento através de bolsas, salário, por desempenho ou voluntariado <sup>19, 20, 21, 39, 42</sup>	EUA <sup>39</sup> e Índia <sup>42</sup>

Vínculos com ONGs, organizações comunitárias, hospitais, clínicas, sistemas locais e nacionais de saúde <sup>28, 29, 33, 36, 38, 40, 41, 43, 45</sup>	África do Sul <sup>29, 28</sup> , Brasil <sup>33</sup> , EUA <sup>36, 38, 40, 41</sup> , Índia <sup>43</sup> e Vietnã <sup>45</sup>
Processo de trabalho multiprofissional em hospital ou na Atenção Primária à Saúde <sup>33, 38, 47</sup>	Brasil <sup>33</sup> , EUA <sup>38, 47</sup>
Coordenação e/ou supervisão por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, farmacêutico ou lideranças tribais <sup>25, 27, 28, 29, 33, 39, 40, 41, 44</sup>	África do Sul <sup>27, 28, 29</sup> , Brasil <sup>33</sup> , EUA <sup>39, 40, 41</sup> , Inglaterra <sup>25</sup> , Libéria <sup>44</sup>
<b>LEGITIMIDADE</b>	
<b>INDICADOR DE BAIXA LEGITIMIDADE</b>	<b>PAÍS/CENÁRIO</b>
Assaltos, sequestros, estupro, preconceitos de gênero e da baixa formação profissional <sup>29, 30, 31, 42</sup>	África do Sul <sup>29</sup> , Índia <sup>42</sup> , Nigéria <sup>30</sup> , Zâmbia <sup>31</sup>
Temores que os profissionais estejam espalhando a Covid-19 <sup>26, 42</sup>	Índia <sup>42</sup> , África <sup>26</sup>
<b>INDICADOR DE GANHO DE LEGITIMIDADE</b>	<b>PAÍS/CENÁRIO</b>
Recomendações de fortalecimento ou implantação de programas nacionais de ACS <sup>19, 25, 36, 40, 44</sup>	EUA <sup>36, 40</sup> , Inglaterra <sup>25</sup>
Felicitações públicas, legislação contra violência aos profissionais de saúde e campanhas anti estigma por autoridades <sup>42</sup>	Índia <sup>42</sup>

Reconhecimento dos diferentes sistemas de crenças das populações atendidas pelas ACS <sup>30, 34, 36, 39, 41, 44</sup>	EUA <sup>36, 39, 41</sup> , Nigéria <sup>30</sup> , Peru <sup>34</sup> , Libéria <sup>44</sup>
---	--

Fonte: Os autores

## Discussão

Os estudos desta revisão apresentaram diferentes abordagens, práticas, características e desafios das ACS no contexto da pandemia de Covid-19. Porém, os resultados destacam a alta produção científica nos EUA, enquanto países de baixa e média renda, com grande tradição de programas de ACS<sup>15</sup>, publicaram pouco ou não publicaram, denotando uma desigualdade estrutural no desenvolvimento científico e educacional entre os países.

A pandemia rerepresentou a importância das ACS na garantia de uma APS integral, de base comunitária, integrada à vigilância ativa e à proteção social abrangente, ao mesmo tempo em que revelou a distância entre o ideal e o real. Isso se expressa na grande quantidade de atribuições, que deveriam ser executadas por equipes interprofissionais, nem sempre garantidas pelos sistemas de saúde, além das relações precárias de trabalho, o que revela que as ACS fazem parte de uma estratégia de APS seletiva<sup>48</sup>.

Nesta revisão, chama atenção a pouca especificidade dos estudos no que diz respeito à realização de testes para Covid-19, aferição de temperatura e oximetria pelas ACS, reafirmando a centralidade de suas práticas no cuidado não biomédico, baseado na educação, promoção da saúde, articulação intra e intersetorial.

Apesar de alguns estudos mencionarem a coleta de dados como prática das ACS, estas não refletem sobre a capacidade profissional de processá-los e interpretá-los para conduzi-los, com inteligência, o passo seguinte de vigilância ativa e participativa junto às comunidades.

O deslocamento de ACS para atividades administrativas no interior dos serviços ou para barreiras sanitárias, fora do seu território de abrangência, precisa ser refletido criticamente na medida em que pressupõem diminuir a relação com a

comunidade em tempos nos quais espera-se maior contato e empatia, gerando confiança e legitimidade.

As práticas de educação e comunicação em saúde foram desafiadas a responder ao contexto de infodemia e fake news<sup>49</sup> assim como às desigualdades de acesso às tecnologias da informação nos diversos países, singularizando as pandemias deste século e a necessidade de desenvolvimento de novas habilidades pelas ACS.

Poucos estudos desta revisão apresentaram o papel das ACS na facilitação de acesso às vacinas contra a Covid-19 ou de formações específicas para melhor atuarem frente aos movimentos anti-vacinas, o que se justifica pelo período do estudo que não abrangeu a fase de vacinação da população mundial, iniciada em dezembro de 2020 no Reino Unido. Da mesma forma, a abordagem às sequelas pós-covid e ao adoecimento mental também carecem de maiores investigações, especialmente sobre como podem ser realizadas pelas ACS.

É notória a quantidade de experiências de articulação intersetorial e mobilização comunitária desenvolvidas pelas ACS nos processos de enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença. Isso nos leva a refletir não somente sobre a solidariedade caritativa, mas a importância de pautar junto aos Estados nacionais e organismos internacionais políticas públicas de segurança alimentar e renda básica universal de curto, médio e longo prazo. Neste quesito, ressaltamos as práticas de *advocacy*, assumida pelas ACS em alguns países, que podem ser melhor investigadas como categoria analítica em outros estudos comparativos.

Diferente dos rumos de outras categorias da saúde, o trabalho das ACS, no geral, não caminhou no sentido da profissionalização, o que esbarra significativamente em baixa definição quanto aos currículos de sua formação geral<sup>8</sup>. Apesar da crise sanitária se colocar como uma oportunidade de maior abertura para tais investimentos, a literatura revisada trouxe poucos elementos quanto aos processos formativos oferecidos, carecendo mais estudos para entender o caráter e o impacto das formações desenvolvidas nas respostas à pandemia.

Somado a isso, a origem popular, a feminização, e as más condições de trabalho são marcas das ACS em muitos contextos, refletindo a realidade das comunidades onde estão inseridas por um lado e a divisão social e sexual do

trabalho presente no setor saúde em muitos países<sup>50</sup>. Tal realidade aponta a importância de conjugar lutas políticas por melhores condições de vida nas comunidades, com lutas por melhores condições trabalhistas, em especial nos contextos pandêmicos.

### **Considerações finais**

Os achados desta revisão apresentam-se como um subsídio aos formuladores e implementadores de políticas de saúde, mas também aos trabalhadores que precisam de evidências para melhor fundamentarem suas agendas de negociação. Apresenta relevância também junto aos pesquisadores da área, por apontar lacunas que precisam ser melhor exploradas em futuros projetos de pesquisa.

Como limite desse estudo, houve pouca contextualização histórica da institucionalização das ACS e o cenário da pandemia em cada país, tendo em vista a abrangência do escopo. Sugere-se a realização de estudos avaliativos quanto à eficácia e efetividade das ACS, que poderiam melhor subsidiar os tomadores de decisão para cenários de pandemia que tendem a ser frequentes.

Em última instância, ressaltamos que o futuro das ACS está inserido na disputa de rumos do próprio modelo de atenção à saúde em cada país e abrangência dos sistemas de proteção social, na medida em que a efetividade de suas ações depende de retaguarda econômica, social e política, conquistadas com lutas amplas e gerais no seio da sociedade.

### **Referências**

1. International Labour Office. International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): structure, group definitions and correspondence tables. International Labour Office. 2012.
2. Perry, H. Health for the people: National community health worker programs from Afghanistan to Zimbabwe. Washington D.C.: USAID; 2020

3. Lu C, Palazuelos D, Luan Y, Sachs SE, Mitnick CD, Rhatigan J, *et al.* Development assistance for community health workers in 114 low- and middle-income countries, 2007-2017. *Bull World Health Organ.* 2020 Jan 1;98(1):30-39. doi: 10.2471/BLT.19.235499. Epub 2019 Nov 1. PMID: 31902960; PMCID: PMC6933433.
4. Najafizada SA, Bourgeault IL, Labonte R, Packer C, Torres S. Community health workers in Canada and other high-income countries: A scoping review and research gaps. *Can J Public Health.* 2015 Mar 12;106(3):e157-64. doi: 10.17269/cjph.106.4747. PMID: 26125243; PMCID: PMC6972431.
5. Silva NHLP, Cardoso CL. Agentes comunitários de saúde: sentidos acerca do trabalho em HIV/Aids. *Psicol. Soc.* 2008; 20(2):257-266. doi: 10.1590/S0102-71822008000200013
6. Boyce MR, Katz R. Community Health Workers and Pandemic Preparedness: Current and Prospective Roles. *Front Public Health.* 2019 Mar 26;7:62. doi: 10.3389/fpubh.2019.00062. PMID: 30972316; PMCID: PMC6443984.
7. World Health Organization. International health regulations (2005). World Health Organization. 2005.
8. World Health Organization. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. World Health Organization. 2018.
9. World Health Organization. Global influenza strategy 2019-2030. World Health Organization. 2019.
10. Almeida Filho, ND. Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo (notas samajianas). *Estud. Av.*, 2020; 34(99), 97-118. doi: 10.1590/s0103-4014.2020.3499.007.
11. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, *et al.* ¿ Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. *Trab. Educ. Saúde*, 2021; 19. doi: 10.1590/1981-7746-sol00310.

12. Joanna Briggs Institute (JBI). Methodology for JBI Scoping Reviews- Joanna Briggs 2015. [Internet]. Australia: JBI; c2015. pg. 24. Disponível em:< <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>>; Acesso em: 11 jul de 2021.
13. Santos CM, Pimenta CA, Nobre MR. A estratégia PICO para construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(3):508-11.
14. Queiros, AALD. A prática dos agentes comunitários de saúde na América Latina: origem, contradições e desafios para o cuidado em saúde no começo do século XXI (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). 2015.
15. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:399-421. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182354. Epub 2014 Jan 2. PMID: 24387091.
16. Mallari E, Lasco G, Sayman DJ, Amit AML, Balabanova D, McKee M, *et al*. Connecting communities to primary care: a qualitative study on the roles, motivations and lived experiences of community health workers in the Philippines. *BMC Health Serv Res*. 2020 Sep 11;20(1):860. doi: 10.1186/s12913-020-05699-0. PMID: 32917203; PMCID: PMC7488850.
17. Henderson S, Kendall E. 'Community navigators': making a difference by promoting health in culturally and linguistically diverse (CALD) communities in Logan, Queensland. *Aust J Prim Health*. 2011;17(4):347-54. doi: 10.1071/PY11053. PMID: 22112703.
18. do Carmo Galiazzi M, de Sousa RS. A dialética na categorização da análise textual discursiva: o movimento recursivo entre palavra e conceito. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 2019 Apr 30; 7(13):01-22. doi: 10.33361/RPQ.2019.v.7.n.13.227
19. Akseer N, Kandru G, Keats EC, Bhutta ZA. Covid-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. *Am J Clin Nutr*. 2020 Aug 1;112(2):251-256. doi: 10.1093/ajcn/nqaa171. PMID: 32559276; PMCID: PMC7337702.

20. Ballard M, Bancroft E, Nesbit J, Johnson A, Holeman I, Foth J, *et al.* Prioritising the role of community health workers in the Covid-19 response. *BMJ Glob Health.* 2020 Jun;5(6):e002550. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002550. PMID: 32503889; PMCID: PMC7298684.
21. Bhaumik S, Moola S, Tyagi J, Nambiar D, Kakoti M. Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health.* 2020 Jun;5(6):e002769. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002769. PMID: 32522738; PMCID: PMC7292038.
22. Corburn J, Vlahov D, Mberu B, Riley L, Caiaffa WT, Rashid SF, *et al.* Slum Health: Arresting Covid-19 and Improving Well-Being in Urban Informal Settlements. *J Urban Health.* 2020 Jun;97(3):348-357. doi: 10.1007/s11524-020-00438-6. Erratum in: *J Urban Health.* 2021 Feb 11; PMID: 32333243; PMCID: PMC7182092.
23. Maciel FBM, Santos HLPCD, Carneiro RADS, Souza EA, Prado NMBL, Teixeira CFS. Community health workers: reflections on the health work process in Covid-19 pandemic times. *Cien Saude Colet.* 2020 Oct;25(suppl 2):4185-4195. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-812320202510.2.28102020. Epub 2020 Jul 30. PMID: 33027355.
24. Naylor MD, Hirschman KB, McCauley K. Meeting the Transitional Care Needs of Older Adults with Covid-19. *J Aging Soc Policy.* 2020 Jul-Oct;32(4-5):387-395. doi: 10.1080/08959420.2020.1773189. Epub 2020 May 31. PMID: 32476586.
25. Haines A, de Barros EF, Berlin A, Heymann DL, Harris MJ. National UK programme of community health workers for Covid-19 response. *Lancet.* 2020 Apr 11;395(10231):1173-1175. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30735-2. Epub 2020 Mar 24. PMID: 32220277; PMCID: PMC7146683.
26. Nepomnyashchiy L, Dahn B, Saykpah R, Raghavan M. Covid-19: Africa needs unprecedented attention to strengthen community health systems. *Lancet.* 2020 Jul 18;396(10245):150-152. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31532-4. PMID: 32682465; PMCID: PMC7365630.
27. Brey Z, Mash R, Goliath C, Roman D. Home delivery of medication during Coronavirus disease 2019, Cape Town, South Africa: Short report. *Afr J Prim Health*

Care Fam Med. 2020 Jun 4;12(1):e1-e4. doi: 10.4102/phcfm.v12i1.2449. PMID: 32501022; PMCID: PMC7284162.

28. Mash R, Goliath C, Perez G. Re-organising primary health care to respond to the Coronavirus epidemic in Cape Town, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2020 Nov 5;12(1):e1-e4. doi: 10.4102/phcfm.v12i1.2607. PMID: 33181873; PMCID: PMC7669993.

29. David N, Mash R. Community-based screening and testing for Coronavirus in Cape Town, South Africa: Short report. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2020 Jun 3;12(1):e1-e3. doi: 10.4102/phcfm.v12i1.2499. PMID: 32501021; PMCID: PMC7284159.

30. Omoronyia O, Ekpenyong N, Ukweh I, Mpama E. Knowledge and practice of Covid-19 prevention among community health workers in rural Cross River State, Nigeria: implications for disease control in Africa. *Pan Afr Med J.* 2020 Sep 14;37:50. doi: 10.11604/pamj.2020.37.50.24307. PMID: 33209177; PMCID: PMC7648466.

31. Sham L, Ciccone O, Patel AA. The Covid-19 pandemic and Community Health Workers: An opportunity to maintain delivery of care and education for families of children with epilepsy in Zambia. *J Glob Health.* 2020 Dec;10(2):020329. doi: 10.7189/jogh.10.020329. PMID: 33110529; PMCID: PMC7561215.

32. Lotta G, Wenham C, Nunes J, Pimenta DN. Community health workers reveal Covid-19 disaster in Brazil. *Lancet.* 2020 Aug 8;396(10248):365-366. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31521-X. Epub 2020 Jul 10. PMID: 32659212; PMCID: PMC7351420.

33. Duarte RB, Medeiros LMF, Araújo MJADM, Cavalcante ASP, Souza ECD, Alencar OMD, *et al.* Agentes Comunitários de Saúde frente à Covid-19: Vivências junto aos profissionais de enfermagem. *Enferm. foco (Brasilia).* 2020 Aug; 11(1,n.esp): 252-256.

34. Reinders S, Alva A, Huicho L, Blas MM. Indigenous communities' responses to the Covid-19 pandemic and consequences for maternal and neonatal health in remote Peruvian Amazon: a qualitative study based on routine programme

supervision. *BMJ Open*. 2020 Dec 29;10(12):e044197. doi: 10.1136/bmjopen-2020-044197. PMID: 33376182; PMCID: PMC7778739.

35. Mayfield-Johnson S, Smith DO, Crosby SA, Haywood CG, Castillo J, Bryant-Williams D, *et al*. Insights on Covid-19 From Community Health Worker State Leaders. *J Ambul Care Manage*. 2020 Oct/Dec;43(4):268-277. doi: 10.1097/JAC.0000000000000351. PMID: 32858726; PMCID: PMC7461725.

36. Logan RI, Castañeda H. Addressing Health Disparities in the Rural United States: Advocacy as Caregiving among Community Health Workers and *Promotores de Salud*. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 10;17(24):9223. doi: 10.3390/ijerph17249223. PMID: 33321718; PMCID: PMC7764816.

37. Katzman JG, Tomedi LE, Thornton K, Menking P, Stanton M, Sosa N, *et al*. Innovative Covid-19 Programs to Rapidly Serve New Mexico : Project ECHO. *Public Health Rep*. 2021 Jan/Feb;136(1):39-46. doi: 10.1177/0033354920969180. Epub 2020 Nov 20. PMID: 33216679; PMCID: PMC7856386.

38. Peretz PJ, Islam N, Matiz LA. Community Health Workers and Covid-19 - Addressing Social Determinants of Health in Times of Crisis and Beyond. *N Engl J Med*. 2020 Nov 5;383(19):e108. doi: 10.1056/NEJMp2022641. Epub 2020 Sep 23. PMID: 32966715.

39. Kerkhoff AD, Sachdev D, Mizany S, Rojas S, Gandhi M, Peng J, *et al*. Evaluation of a novel community-based Covid-19 'Test-to-Care' model for low-income populations. *PLoS One*. 2020 Oct 9;15(10):e0239400. doi: 10.1371/journal.pone.0239400. PMID: 33035216; PMCID: PMC7546468.

40. Waters R. Community Workers Lend Human Connection To Covid-19 Response. *Health Aff (Millwood)*. 2020 Jul;39(7):1112-1117. doi: 10.1377/hlthaff.2020.00836. PMID: 32634347.

41. Rosenthal EL, Menking P, Begay MG. Fighting the Covid-19 Merciless Monster: Lives on the Line-Community Health Representatives' Roles in the Pandemic Battle on the Navajo Nation. *J Ambul Care Manage*. 2020 Oct/Dec;43(4):301-305. doi: 10.1097/JAC.0000000000000354. PMID: 32858729.

42. Nanda P, Lewis TN, Das P, Krishnan S. From the frontlines to centre stage: resilience of frontline health workers in the context of Covid-19. *Sex Reprod Health Matters*. 2020 Dec;28(1):1837413. doi: 10.1080/26410397.2020.1837413. PMID: 33054663; PMCID: PMC7887900.
43. Chatterjee PK. Community preparedness for Covid-19 and frontline health workers in Chhattisgarh. *Indian J Public Health*. 2020 Jun;64(Supplement):S102-S104. doi: 10.4103/ijph.IJPH\_467\_20. PMID: 32496236.
44. Wiah SO, Subah M, Varpilah B, Waters A, Ly J, Ballard M, *et al*. Prevent, detect, respond: how community health workers can help in the fight against covid-19. *BMJ*. 2020.
45. Tran BX, Phan HT, Nguyen TPT, Hoang MT, Vu GT, Thi Lei H, *et al*. Reaching further by Village Health Collaborators: The informal health taskforce of Vietnam for Covid-19 responses. *J Glob Health*. 2020 Jun;10(1):010354. doi: 10.7189/jogh.10.010354. PMID: 32509285; PMCID: PMC7242882.
46. Palafox B, Renedo A, Lasco G, Palileo-Villanueva L, Balabanova D, McKee M. Maintaining population health in low- and middle-income countries during the Covid-19 pandemic: Why we should be investing in Community Health Workers. *Trop Med Int Health*. 2021 Jan;26(1):20-22. doi: 10.1111/tmi.13498. Epub 2020 Oct 12. PMID: 32985024; PMCID: PMC7537160.
47. Goldfield NI, Crittenden R, Fox D, McDonough J, Nichols L, Lee Rosenthal E. Covid-19 Crisis Creates Opportunities for Community-Centered Population Health: Community Health Workers at the Center. *J Ambul Care Manage*. 2020 Jul/Sep;43(3):184-190. doi: 10.1097/JAC.0000000000000337. PMID: 32467431.
48. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, Santos RFD. From Alma-Ata to Astana. Primary health care and universal health systems: an inseparable commitment and a fundamental human right. *Cad Saude Publica*. 2019 Mar 25;35(3):e00012219. English, Portuguese. doi: 10.1590/0102-311X00012219. PMID: 30916174.

49. The Lancet Infectious Diseases. The Covid-19 infodemic. *Lancet Infect Dis.* 2020 Aug;20(8):875. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30565-X. Epub 2020 Jul 17. PMID: 32687807; PMCID: PMC7367666.

50. Shannon G, Minckas N, Tan D, Haghparast-Bidgoli H, Batura N, Mannell J. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. *Hum Resour Health.* 2019 Oct 17;17(1):72. doi: 10.1186/s12960-019-0406-0. Erratum in: *Hum Resour Health.* 2019 Nov 15;17(1):84. PMID: 31623619; PMCID: PMC6796343.

## 4.2 Artigo 2 – Agentes Comunitárias de Saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil <sup>2</sup>

### Resumo

Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) ocupam lugar estratégico no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse artigo objetiva analisar disputas quanto ao trabalho das ACS no contexto da pandemia de Covid-19, assim como experiências voluntárias análogas, refletindo sobre o futuro da profissão. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter analítico cujos dados são documentos e posições públicas de diversos sujeitos. As representações sindicais evocam a necessidade de capacitação e trabalho home office. Gestores direcionaram o trabalho ao interior dos serviços, para ações de vigilância e não ofereceram apoio ao trabalho comunitário e de educação em saúde. Experiências de agentes voluntários apontam a importância de mais ACS no SUS e valores de solidariedade. Apresenta-se síntese das práticas, legitimidade e formação, indicando avanços e desafios da profissionalização.

**Palavras-chaves:** Agente comunitário de saúde. Pandemia de coronavírus. Atenção primária à saúde.

---

### <sup>2</sup> AUTORES:

**Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo:** Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Avenida Carlos Amaral, R. do Cajueiro, 1015, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, CEP: 44574-490. [liviamilenam@ufrb.edu.br](mailto:liviamilenam@ufrb.edu.br). ID do ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5737-751X>

**Paulette Cavalcanti de Albuquerque:** Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE. Recife, Pernambuco, Brasil. [paulette@cpqam.fiocruz.br](mailto:paulette@cpqam.fiocruz.br) ID do ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8283-5041>

**Romário Correia dos Santos:** Pós Graduando do curso lato sensu (Residência Multiprofissional) em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE. Recife, Pernambuco, Brasil. [romario.correia@outlook.com](mailto:romario.correia@outlook.com) ID do ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4973-123X>

**Dara Andrade Felipe:** Pós Graduanda no curso stricto sensu (Doutorado) em Saúde Pública, Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE. Recife, Pernambuco, Brasil. [dara.andradef@gmail.com](mailto:dara.andradef@gmail.com) ID do ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2364-2842>

**Agleildes Arichele Leal de Queirós:** Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. [liulealqueiros@gmail.com](mailto:liulealqueiros@gmail.com) ID do ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1817-3132>

## **Community Health Workers: practices, legitimacy and professional training in times of pandemic Covid-19 in Brazil**

### **Abstract**

Community Health Workers (CHW) occupy a strategic place in the Unified Health System (SUS). This article aims to analyze disputes regarding the work of CHW in the context of the Covid-19 pandemic, as well as similar voluntary experiences, reflecting on the future of the profession. It is a qualitative research of an analytical character whose data are documents and public positions of several subjects. Union representations evoke the need for training and home office work. Managers directed the work inside the services, for surveillance actions and did not offer support to community work and health education. Experiences of volunteer agents point to the importance of more CHW in the SUS and values of solidarity. A synthesis of practices, legitimacy and training is presented, indicating advances and challenges of professionalization.

**Keywords:** Community health workers. Coronavirus pandemic. Primary health care. Professionalization.

## **Agentes comunitarios de salud: enciaspracticadas, legitimidad y formación profesional en tiempos de la pandemia de Covid-19 en Brasil**

### **Resumen**

Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) ocupan un lugar estratégico en el Sistema Único de Salud (SUS). Este artículo tiene como objetivo analizar disputas sobre el trabajo de los ACS en el contexto de la pandemia Covid-19, así como experiencias voluntarias similares, reflexionando sobre el futuro de la profesión. Se trata de una investigación cualitativa de carácter analítico cuyos datos son documentos y posiciones públicas de diversos sujetos. Las representaciones sindicales evocan la necesidad de formación y trabajo home office. Los gerentes dirigieron el trabajo dentro de los servicios, para acciones de vigilancia y no brindaron apoyo al trabajo comunitario y educación para la salud. Las experiencias de los agentes voluntarios señalan la importancia de más ACS en el SUS y valores de solidaridad. Se presenta una síntesis de prácticas, legitimidad y formación, indicando avances y desafíos de la profesionalización.

**Palabras clave:** Agente comunitario de salud. Pandemia de coronavirus. Atención primaria de salud. Profesionalización

## **Introdução [legenda]**

A pandemia da Covid-19 representa um dos maiores desafios sanitários em escala mundial deste século, impondo aos sistemas de saúde ajustes às necessidades desse contexto. Nessa perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) garante acesso universal às ações e serviços de saúde a mais de 210 milhões de brasileiros, o que se faz essencial no enfrentamento e controle da Covid-19<sup>1,2</sup>.

Após um ano e dois meses de pandemia no Brasil, foram confirmados mais de quatorze milhões de casos e mais de 400 mil mortes. Partindo da estimativa que 80% dos casos apresentam um quadro leve ou moderado<sup>3</sup>, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como estratégia fundamental para o cuidado integral, controle da doença e suporte aos grupos vulnerabilizados<sup>2,4</sup>.

Assim, os atributos da educação em saúde e mobilização comunitária ganham contornos de essencialidade<sup>5</sup>, com destaque para a atuação das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e sua incomparável competência cultural na Estratégia de Saúde da Família (ESF), fundamental para efetivação do conceito ampliado de saúde.

Atualmente o contingente de ACS no Brasil é de aproximadamente 250.864 trabalhadoras, sendo uma categoria profissional majoritariamente formada por mulheres e que assiste mais de 126 milhões de pessoas<sup>6</sup>.

Apesar de terem conseguido aprovar muitas conquistas trabalhistas ao longo dos mais de 25 anos de institucionalização, a regulamentação e profissionalização do seu trabalho está aquém de garantir efetivação de direitos associados ao trabalho<sup>6</sup>, com formação inadequada e legitimidade em disputa frente à sociedade e a setores políticos, econômicos e ideológicos que influem nos rumos da profissão.

Partimos da compreensão que os projetos profissionais se desenvolvem na práxis e na transformação histórica do ser social. Pode objetivar-se materialmente e/ou idealmente, afirmando uns ou outros valores, umas ou outras diretrizes para a prática profissional que assumem dimensões coletivas e conformam-se numa “auto-imagem”<sup>7</sup>. Assim, a crise sanitária parece ser momento propício para afirmar o projeto profissional e os valores ético-políticos das ACS.

Estudos internacionais enfatizam a importância das ACS nas estratégias de enfrentamento à Covid-19, ressaltando a necessidade de protegê-las e treiná-las rapidamente para prevenir, detectar e responder à pandemia, além de manter os serviços de saúde primários de rotina, garantindo que sejam designadas como parte essencial da força de trabalho<sup>8,9</sup>.

É importante destacar que a despeito da relevância da atuação desejada para as ACS na pandemia de Covid-19, esta chega ao Brasil em momento de desfinanciamento do SUS e da APS, com recente reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017 (ESF). Se antes a definição na PNAB era de haver uma ACS para cada 750 pessoas, a política atual deixou a cargo do gestor local a definição desse número<sup>10</sup>.

Na pandemia, as ACS só foram chanceladas como trabalhadoras essenciais cinco meses depois do primeiro caso confirmado, quando foi publicada a Lei nº 14.023 de 2020<sup>11</sup>. Em vários municípios brasileiros houve deslocamento para o trabalho *home office*, com diminuição da carga horária de trabalho, realização de serviços administrativos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), suspensão das visitas domiciliares ou realocação para trabalharem em barreiras sanitárias<sup>12,13</sup>.

Segundo estudo realizado com 1.978 ACS, entre 28 de maio e 3 de julho de 2020, 17% das visitas domiciliares das ACS foram suspensas e 54,7% continuaram sendo realizadas de forma reduzida, com apenas 20,9% afirmando que não houve mudanças nas visitas<sup>14</sup>.

Apesar deste fato, a compreensão da atuação das ACS durante a pandemia necessita ser situada nos caminhos históricos dessas profissionais, considerando dilemas e disputas como: institucionalização e manutenção da sua vinculação comunitária; atribuições legais e necessidades sociais na definição do escopo de atuação; formação necessária; além da implícita disputa do existir ou não existir ACS no SUS, que se insere numa tensão de interesses do Estado, mercado e sociedade<sup>10</sup>.

Diante da importância destas profissionais no enfrentamento da Covid-19, o objetivo deste artigo é analisar as disputas quanto ao trabalho das ACS no contexto

da pandemia, assim como experiências voluntárias análogas, refletindo sobre o futuro da profissão.

### **Metodologia [legenda]**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter analítico, desenvolvida a partir do debate público na internet sobre a atuação das ACS na pandemia, com triangulação de dados de diversos sujeitos que pensam, formulam, desenvolvem e disputam os rumos do trabalho e profissionalização das ACS no Brasil, a saber: 1) Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), representando o poder executivo; 2) Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e Federação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (FENASCE), representando a categoria ACS; 3) Comissão externa de ações contra o coronavírus da Câmara dos Deputados, representando o poder legislativo; 4) UNEafro Brasil e Campanha Mãos Solidárias & Periferia Viva, representando a sociedade civil organizada (Quadro 1).

Para tanto, foram realizadas buscas dos principais documentos oficiais e falas públicas destes sujeitos nos sites oficiais e redes sociais dessas organizações, publicadas entre março e julho de 2020.

Quadro 01- Material analisado quanto ao trabalho das ACS na pandemia de Covid-19 no Brasil, segundo os sujeitos que disputam sua profissionalização, 2020.

<b>TIPO DE MATERIAL</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>SUJEITOS</b>
Protocolo	Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19 <sup>15</sup>	MS
Protocolo	Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS <sup>16</sup>	
Guia	Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde <sup>17</sup>	CONASEMS e CONASS

Vídeo	Curso técnico para ACS's e ACE'S <sup>18</sup>	CONACS e MS
Vídeo	Audiência Pública da Comissão externa de ações contra o coronavírus da Câmara dos Deputados sobre “A Atenção Básica e os Agentes Comunitários de Saúde na Covid-19” <sup>19</sup>	Deputados Federais, CONACS, FENASCE, CONASS, CONASEMS e MS
Cartilha	Agentes populares de saúde: ajudando minha comunidade no enfrentamento da pandemia de Covid-19 <sup>20</sup>	Campanha Mãos Solidárias & Periferia Viva
Cartilha	Agentes populares de saúde: protocolos e orientações <sup>21</sup>	UNEafro Brasil

Fonte: as autoras

O artigo faz parte da tese de doutorado intitulada “Análise da profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde: qual o futuro desse trabalhador no sistema de saúde brasileiro?” desenvolvida no Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães - Fiocruz Pernambuco. O projeto que deu origem ao estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta mesma instituição, e está registrado na Plataforma Brasil sob o nº CAAE: 15735119.7.0000.5190.

A hermenêutica dialética foi utilizada ao longo do processo de interpretação dos sentidos e ideologias presentes nos documentos e posições públicas dos sujeitos do estudo, seguindo as seguintes etapas de análise: 1) ordenação dos dados; e 2) classificação dos dados<sup>22</sup>. No primeiro momento foram transcritos os vídeos, seguido de leitura dos documentos e transcrições, ordenamento por sujeitos e destacamento das posições contrastantes e/ou confluentes. Finalizado o *corpus* do estudo, partiu-se para o momento de classificação, construindo-se uma matriz de análise em tabela de excel com as categorias analíticas: práticas profissionais; legitimidade social; formação e educação permanente.

Considerando a hermenêutica dialética, analisou-se para além dos conteúdos, os sentidos da fala, sua intencionalidade, sujeitos e contexto de produção, assim como as contradições inerentes à relação do fenômeno com a conjuntura na qual objeto e sujeitos estão inseridos<sup>22</sup>.

## **Resultados e discussão [legenda]**

## **Requisitos institucionais e novas práticas no contexto da pandemia [sub-legenda]**

Uma das questões que a pandemia da Covid-19 colocou em debate no SUS foi a necessidade de repensar o fazer em saúde tanto no âmbito da atenção quanto da gestão em saúde. Destacamos aqui as atribuições e novas necessidades sociais referentes às práticas desenvolvidas pelas ACS, que se tornam centrais no enfrentamento do momento atual caracterizado pela sobreposição de epidemias<sup>23</sup>.

Segundo Yazbek (2009), o escopo de atuação profissional parte de interesses do Estado, do mercado, das corporações profissionais, mas também do movimento da sociedade que demanda esse ou aquele trabalho especializado para responder às necessidades sociais, onde as profissões são analisadas como instituições<sup>24</sup>.

A institucionalização do trabalho de um representante comunitário como é o caso das ACS passa por várias disputas, com suas ações sendo cada vez mais direcionadas pelo modelo biomédico predominante nas equipes da APS. Fortalece-se aos poucos o papel de ponte entre comunidade e serviço, ao mesmo tempo em que se enfraquecem as práticas educativas e de mobilização social, alicerçadas na compreensão da determinação social do processo saúde-doença<sup>10</sup>.

Soma-se a isso a incorporação de novos modelos de gestão na APS, baseados no monitoramento de indicadores de resultados e produtividade, além da crescente realização de atividades no interior da USB, que os “aproximam de um auxiliar genérico dos demais profissionais”<sup>10</sup>. Houve recente definição de atribuições de apoio diagnóstico pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 e pela Lei 13.595/2018 com reforço da racionalidade biomédica<sup>25,26</sup>.

Na pandemia de Covid-19, os documentos do MS que guiam as práticas das ACS priorizaram ações de vigilância em saúde e administrativas no interior dos serviços, com direcionamento para “auxiliar no atendimento através do *Fast-Track*”, organização do “fluxo de acolhimento”, “auxiliar as atividades de campanha de vacinação”, se configurando como desvio de função em relação à lei da profissão<sup>15,16</sup>. Tal realidade corrobora com o estudo de Lotta e Pavez (2010) onde identificaram que 64% das práticas realizadas pelas ACS não estavam previstas na legislação<sup>27</sup>.

Quanto às ações de vigilância, para controle da Covid-19, foi consenso entre as várias instâncias de gestão do SUS a necessidade dessa prática por parte das ACS, porém, sem assumirem a realização de testagem de casos suspeitos.

O Guia do CONASS e CONASEMS ressalta que as ACS possam “dar todas as orientações possíveis, próprias de seu trabalho, não só em relação à Covid-19, mas também referentes a outros riscos e patologias, com destaque para a dengue”. Orienta que haja “entrega direta pelos agentes de saúde” de contraceptivos, além de monitoramento diário dos “domicílios onde residam idosos frágeis”<sup>17</sup>.

No âmbito do poder legislativo também são defendidas e reconhecidas ações de vigilância:

Os Agentes de Saúde têm a capacidade de identificar os pacientes de risco, os casos suspeitos, orientar e encaminhar com velocidade [...]. E mais, a investigação dos contatos, o monitoramento da evolução da doença na sua comunidade (Deputado Federal 1-PT/BA)<sup>19</sup>.

Quanto à competência de “orientar a população sobre a doença, medidas de prevenção e sinais e sintomas”, os protocolos de gestão não detalham como o trabalhador irá desenvolver orientações educativas e manejar frente aos sinais e sintomas identificados<sup>15,16,17</sup>.

As práticas educativas das ACS podem variar dentro de um amplo espectro de perspectivas pedagógicas que vão da imposição de normas e comportamentos, até a mediação crítica-reflexiva sobre a realidade e a determinação social do processo saúde-doença<sup>28</sup>.

A máxima do “Fique em Casa”, colocada pela grande mídia de forma normativa na pandemia, foi cada vez mais perdendo sentido para famílias que se encontram em situação de vulnerabilização social e econômica, atendidas pelas ACS. Soma-se a isso o discurso do próprio presidente da república que se opõe ao distanciamento físico, dificultando sobremaneira a repercussão dos processos educativos desenvolvidos<sup>29</sup>.

Os protocolos de gestão<sup>15,16,17</sup> não fizeram nenhuma menção à importância das ACS realizarem diálogo entre saber popular e saber científico, com resgate de saberes tradicionais. Também não ofereceram metodologias para o trabalho

comunitário de mobilização social, articulação intersetorial e Educação Popular em Saúde, concatenados às demandas emergentes.

Quanto ao manejo clínico frente aos sinais e sintomas, apesar da PNAB de 2017 e a Lei 13.595/2018 definirem novas atribuições como aferição de temperatura, glicemia e pressão arterial (PA)<sup>25,26</sup>, os protocolos de trabalho na pandemia<sup>15,16,17</sup> não apresentaram tais atividades. Por outro lado, a verificação da saturação de oxigênio não foi prevista nem na lei da profissão, nem nos protocolos da Covid-19.

Neste quesito, posições antigas de representantes do legislativo vêm à tona:

(...) Os Agentes de Saúde podem e devem monitorar os casos nos domicílios, fazendo acompanhamento da temperatura, frequência da saturação de O<sup>2</sup> com oximetria (Deputado Federal 1- PT/BA).<sup>19</sup>

(...) Eu enquanto ministro criei o Programa de Qualificação dos ACS, para formar todos em técnicos de enfermagem. (...) 350 mil pessoas, Agentes Comunitárias do Brasil, estão trabalhando sem poder tirar pressão, sem poder medir glicemia, sem poder fazer um curativo, sem poder tomar uma providência na sua visita domiciliar (Deputado Federal 2 - PP/PR).<sup>19</sup>

Aqui, fica explícita a disputa macropolítica em torno da profissionalização das ACS no contexto brasileiro, em busca de distanciá-las de atribuições sócio-educativas em detrimento das práticas biomédicas. O programa referenciado pelo Deputado Federal 2 e ex-ministro da saúde diz respeito ao extinto Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS)<sup>30</sup> que propunha transformar as ACS em Técnicas de Enfermagem o que, somado à flexibilização da quantidade de ACS delimitada pela PNAB de 2017<sup>25</sup>, colocava em risco a existência da mesma ao longo do tempo.

Chama atenção também as orientações contraditórias quanto ao uso do telefone no monitoramento das famílias quando confrontados dois documentos do MS<sup>15,16</sup> a esse respeito. O primeiro preza pelo uso do telefone como medida de segurança das ACS e usuários em isolamento social, enquanto o segundo o torna proibido para ações de cadastramento de famílias.

Quanto ao uso de redes sociais e aplicativos de celular como whatsapp, compreende-se que esta já era uma realidade na prática profissional, mesmo que não institucionalizada, o que exigiria ampliação de acesso às tecnologias e à

conectividade, qualificando os trabalhadores para o melhor uso das ferramentas tanto no âmbito da comunicação social como da vigilância à saúde. Porém, o fato de uma a cada quatro pessoas no Brasil não disporem de acesso à internet<sup>31</sup>, revela uma nova condição de equidade no SUS e a importância indispensável de manutenção das visitas domiciliares por parte das ACS.

As visitas são orientadas para serem realizadas nas áreas “peridomiciliares”, devendo manter um “distanciamento do paciente de no mínimo 2 metros”<sup>15</sup>. Alguns gestores locais optaram pela suspensão das visitas domiciliares ou deslocamento para barreiras sanitárias, emitindo decretos municipais<sup>12,13</sup>.

Sobre os aspectos acima mencionados, destaca-se a posição pública do CONASEMS:

A primeira reação que o CONASEMS teve, foi tentar proteger os profissionais e a assistência da população. Como fazer se a gente não tinha EPI, não tinha dinheiro para comprar EPI com o custo que tava no início da epidemia? A primeira reação foi orientar que protejam seus profissionais, segurem seus agentes, os profissionais só devem atender se tiverem EPI (Representante do CONASEMS 1)<sup>19</sup>.

Fica evidente nesta posição questões estruturais, ou seja, a dificuldade de compra de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) no mercado, como justificativa principal para orientar inicialmente municípios a não colocarem ACS em campo, fragilizando a ESF e a APS como ordenadora da rede.

Um estudo com 1.456 profissionais de saúde entrevistados revelou que menos da metade recebeu EPI para atuar durante a pandemia, sendo as ACS e ACE as que menos receberam (19,25%), em comparação com profissionais da enfermagem (52,94%), da medicina (62,28%) e outros (47,80%)<sup>32</sup>.

Tais aspectos revelam uma clara divisão técnica e social do trabalho, com deslegitimação das ACS e da própria vida pelo Estado brasileiro.

**Valores éticos políticos e legitimidade social frente aos processos de mobilização e organização comunitária [sub-legenda]**

A complexidade dos problemas decorrentes das desigualdades estruturais ampliadas na pandemia, apontam à importância de retomada da atuação comunitária no âmbito do fazer das ACS, com amplas possibilidades para o trabalho intersetorial, identificação de parceiros e recursos na comunidade.

Tal constatação se fortalece diante da postura negacionista do governo federal, se eximindo da coordenação da crise e proteção social de populações vulneráveis<sup>29</sup>. Isso levou a sociedade civil a criar estratégias próprias de organização comunitária e enfrentamento, com destaque aqui para duas experiências: Agentes Populares de Saúde formados pela UNEafro Brasil; e Agentes Populares de Saúde formados pela Campanha Mãos Solidárias & Periferia Viva (quadro 2)<sup>20,21</sup>.

A UNEafro Brasil é um Movimento Social e Popular que “se organiza em núcleos de atuação em diversas áreas”, principalmente em “cursinhos pré-vestibulares para jovens e adultos oriundos de escolas públicas, prioritariamente negros/as”<sup>33</sup>. Os Agentes Populares de Saúde por ela proposto buscaram “apoiar, primeiramente, as comunidades onde estão os núcleos de educação popular” da organização, cuidando de pessoas que estão com sintomas de Covid-19 sem atendimento médico<sup>21</sup>.

Já a Campanha Mãos Solidária & Periferia Viva é “uma iniciativa dos movimentos sociais, sindicais, estudantis, do campo e da cidade, que somam esforços para semear valores e práticas de solidariedade frente ao contexto da Covid-19”. Nesta, os Agentes Populares de Saúde são voluntários “que se importam com a vida dos vizinhos e com sua comunidade”, dispostos a costurar uma rede de solidariedade<sup>20</sup>.

Quadro 2 - Atribuições dos Agentes Populares de Saúde e Agentes Comunitários de Saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil.

Agentes	Atribuições
<b>Agente Popular de Saúde - UNEafro<sup>21</sup></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reunir recursos de proteção individual e suporte a pessoas sintomáticas;</li> <li>2. Aplicar questionário por telefone, mensagem, vídeo ou dois metros de distância;</li> <li>3. Avaliar pelo oxímetro ou frequência respiratória pessoas com falta de ar;</li> <li>4. Conectar-se com profissionais voluntários e disseminar recomendações;</li> <li>5. Monitorar e estratificar o risco do paciente;</li> <li>6. Facilitar acesso a termômetro, máscaras, material de limpeza,</li> </ol>

	antitérmico e oxímetro; 7. Orientar cuidados domésticos, incluindo cuidados naturais; 8. Orientar acesso à renda básica emergencial.
<b>Agente Popular de Saúde - Mãos Solidárias &amp; Periferia Viva</b> <sup>20</sup>	1. Visita e monitoramento de casos e de condições socio-econômicas; 2. Orientar higienização da casa, uso de máscaras e cuidados naturais; 3. Articular rede de apoio social, das ACS e do SUS; 4. Distribuir ou produzir material de comunicação; 5. Organizar bancos de alimentos comunitários; 6. Entregar alimentos, material de higiene e máscaras; 7. Orientar acesso à renda básica emergencial; 8. Realizar oficinas de lavagem de mãos e de soluções de limpeza; 9. Orientações em casos de óbitos domiciliares; 10. Planejar lutas por direitos (alimentação, moradia, água, renda, não violência, etc).
<b>Agente Comunitário de Saúde - SUS</b> <sup>15, 16</sup>	1. Orientar a população sobre a doença, medidas de prevenção e sinais e sintomas, além do isolamento domiciliar de pacientes confirmados, seus contatos domiciliares e cuidadores; 2. Busca ativa e identificação de casos suspeitos, com monitoramento e apoio da equipe da ESF; 3. Orientar que crianças menores de 5 anos e pessoas com 60 anos com sinais e sintomas respiratórios procurem a UBS; 4. Orientar gestantes e puérperas para manter a amamentação com precauções específicas em casos confirmados e suspeitos de Covid-19; 5. Auxiliar no atendimento interno à UBS através do <i>Fast-Track</i> Covid-19 e organização do fluxo de acolhimento; 6. Atividades educativas na sala de espera das UBS; 7. Busca ativa e auxílio na organização para vacina contra influenza.

Fonte: as autoras

A experiência da UNEafro indica que os agentes populares de saúde devem se comunicar com “profissionais que se voluntariarem a fazer o acompanhamento e os atendimentos a distância de pessoas”. Há oferta de termômetro, máscaras, material de limpeza, antitérmico e oxímetro, por fora do SUS, e sugestão de procurar o SAMU em casos graves<sup>21</sup>.

Já na Campanha Mãos Solidárias & Periferia Viva há recomendação de articulação com serviços do SUS como forma de saber onde estão sendo realizados atendimentos e testes específicos para Covid-19, sendo indicado o contato com a ACS responsável pela área onde houver cobertura da ESF<sup>20</sup>.

A semelhança de práticas entre as Agentes Populares voluntárias e as ACS indicam, por um lado, a importância do trabalho dessas no contexto comunitário e a necessidade de sua ampliação na APS; por outro lado, revela lacunas de atuação que possam estar sendo preenchidas pela sociedade civil organizada, com destaque para ações intersetoriais e de apoio social presente na Campanha Mãos Solidárias & Periferia Viva e práticas biomédicas na experiência da UNEAfrô.

Em estudo sobre a atuação da APS na pandemia de Covid-19, profissionais da ESF afirmaram conhecer ações de apoio social que estavam sendo desenvolvidas por lideranças comunitárias, mas que, muitas vezes, não contaram com apoio da UBS<sup>34</sup>.

Soma-se a isso a posição da categoria em defesa do trabalho em *home office* e a posição de denúncia quanto à falta de condições de trabalho trazida pelo Deputado Federal 3:

Será que a gente não poderia fazer um teste de colocar todos os ACS e os ACEs trabalhando em *home office*? Mesmo que tivesse uma obrigação de ir uma vez à Unidade de Saúde? (...) para que possamos proteger a nossa categoria (Representante da FENASCE)<sup>19</sup>.

Não se capacitou os profissionais, que era para ter sido feito através de uma coordenação nacional (...). Agora, ter um exército e não equipar esse exército, não dar EPI para eles, isso só vai aprofundar outras doenças. (...) e não dá para fazer este trabalho *home office* (Deputado Federal 3- PMDB/MA)<sup>19</sup>.

Inferimos que a proposição para o trabalho de todas ACS em *home office*, sem critérios alicerçados na existência de fatores de risco, apontam uma fragilização da profissionalização por reduzir o vínculo e, possivelmente, a legitimidade frente à população, sendo isso apontado por outros estudos ao longo de sua institucionalização<sup>10,35</sup>.

Em crises sanitárias dessa magnitude, o direito à saúde, a integralidade do cuidado e a participação social são valores éticos e políticos esperados para todos os profissionais da saúde, o que dialoga com a “solidariedade ativa” definida pela Campanha Mãos Solidárias & Periferia Viva. Nela, “o povo é sujeito coletivo, capaz de lutar e conquistar direitos”, apontando “para a construção de um projeto popular de país, onde a solidariedade da partilha é um princípio”<sup>20</sup>.

Tal formulação remete a valores muito presentes no início da história das ACS que, para Queirós e Lima (2012), só serão resgatados a partir da reativação da luta política destas trabalhadoras<sup>35</sup>, que se reabre a partir da pandemia.

### **Formação profissional e educação permanente: disputas, possibilidades e insuficiências retratadas na pandemia [sub-legenda]**

As políticas de formação das ACS oscilaram no itinerário histórico da profissionalização da categoria entre formações aligeiradas e fragmentadas, a uma formação curricular devidamente certificada em nível técnico. A fragilidade da implantação do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (CTACS) perpassa tanto o desinvestimento dos gestores alegando insuficiência de recursos financeiros; quanto o questionamento do perfil adequado, necessário e desejado para a profissão; ou a possibilidade de reivindicação de aumento salarial correspondente ao nível técnico<sup>36</sup>.

Diante da pandemia de Covid-19, fica clara a necessidade das bases científicas, técnicas e políticas tanto das Ciências Biológicas, quanto da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais e Humanas para uma melhor atuação das ACS. Estas permitiriam melhor conhecimento sobre o coronavírus e a fisiopatologia da Covid-19, aplicação da epidemiologia com qualificação da vigilância à saúde, planejamento e gestão do trabalho comunitário de forma crítica e participativa, o que só é possível a partir de uma formação politécnica<sup>37</sup>.

Além da formação profissional, o que se preconiza pelo SUS é o investimento em educação permanente e educação continuada, possibilitando a qualificação não apenas das ACS mas destas nas suas equipes. Porém, até o final desta pesquisa, não foi apresentada nenhuma estratégia nacional voltada à qualificação para atuação na pandemia, mesmo contando com uma Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) experiente na formação em larga escala.

Em discurso público gravado e publicado nas redes sociais da CONACS<sup>18</sup>, no dia 07 de julho de 2020, representante do MS anunciou que o governo federal realizaria a formação técnica profissionalizante. Sem confirmar que a faria de forma

imediate, é questionado quanto à oferta de capacitação para Covid-19, assim respondendo:

(...) o primeiro módulo feito pela SGTES logo no início da doença foi só voltado para agente de saúde. Se vocês entrarem aí onde vocês estão agora, na plataforma do coronavírus no link da SGTES, vocês vão encontrar vários cursos de preparação dos agentes de saúde (Representante do Ministério da Saúde)<sup>18</sup>.

Recorrendo às fontes indicadas acima, foi identificado um vídeo institucional de 23 minutos, onde um representante do MS apresenta o “Protocolo da Atenção Primária à Saúde para ACS e ACE sobre Covid-19”. A linguagem do vídeo<sup>38</sup> não difere da leitura do próprio protocolo, sendo, portanto, uma normativa e não um curso de formação como aparece no discurso aqui proferido.

Quanto ao CTACS afirma:

O financiamento é 100% do governo federal e todo o curso é feito em parceria com o MS, Sebrae, Enap. (...) o objetivo desse curso é que os agentes de saúde estejam habilitados a fazer glicemia, aferir pressão arterial, a fazer curativos, a uma série de possibilidades que não eram praticados. (...) com 50% da carga horária sob regime de ensino à distância, com tutores e preceptores, sendo os preceptores dos próprios locais, enfermeiros que já exercem suas atividades nas unidades primárias de saúde (Representante do Ministério da Saúde)<sup>18</sup>.

O anúncio de financiamento exclusivo do governo federal pode tornar mais viável a proposta, porém, chama atenção a ênfase na dimensão do fazer clínico e a ausência da RETSUS como instituições formadoras também no CTACS .

Além disso, mesmo reconhecendo a preceptoria da enfermagem para formação técnica, houve ausência de diretrizes político-pedagógicas a estas para conduzirem processos de educação permanente junto às ACS, voltados à melhor compreensão e enfrentamento da Covid-19.

### **Avanços e desafios da profissionalização das ACS no Brasil [sub-legenda]**

Como avanços e desafios colocados para as ACS, antes e a partir da pandemia, foi elaborado o quadro 3 abaixo, considerando as categorias analíticas do estudo.

Quadro 3: Avanços e desafios das práticas, legitimidade e formação das ACS antes e durante a pandemia de Covid-19 no Brasil, 2020.

	Antes da pandemia	A partir da pandemia
<b>Práticas Profissionais</b>	<p>Atribuições definidas na Política Nacional de Atenção Básica/2017<sup>25</sup>.</p> <p>Atribuições estabelecidas na Lei nº 13.595/2018<sup>26</sup>.</p>	<p>Trabalho <i>home office</i> com uso de telefone e <i>whatsapp</i> no monitoramento das famílias.</p> <p>Visitas peridomiciliares ou suspensão de visitas.</p> <p>Auxílio no <i>Fast-Track</i> e organização do fluxo de acolhimento nas UBS.</p> <p>Realização de barreiras sanitárias.</p> <p>Aferição domiciliar de saturação de O<sup>2</sup>.</p>
<b>Legitimidade Social</b>	Perda progressiva de legitimidade pela comunidade e de valores baseados na solidariedade.	<p>Pouco protagonismo na formação de lideranças em parceria com a sociedade civil.</p> <p>Defesa de trabalho <i>home office</i> por entidades representativas.</p> <p>Deslegitimação das ACS pelo Estado, com insuficiência de EPIs.</p>
<b>Formação e Educação Permanente</b>	Formações aligeiradas e fragmentadas em detrimento da formação regulamentada de nível técnico.	Ausência de propostas formativas e de educação permanente para a pandemia.

Fonte: as autoras

Assim, a pandemia revelou novos e antigos dilemas, apontando desafios quanto à profissionalização das ACS cujas discussões precisam ser aprofundadas:

- a) Realização de vigilância a partir de telemonitoramento e/ou manutenção de visitas domiciliares;
- b) Deslocamento ou não para realização de barreiras sanitárias e organização de fluxos no interior das UBS;
- c) Realização ou não de procedimentos biomédicos como aferição de temperatura, pressão arterial e saturação de O<sup>2</sup>;
- d) Articulação de ações intersetoriais e apoio social que viabilizem o cumprimento de isolamento social em contextos pandêmicos;

- e) Formação de lideranças e de agentes promotores de saúde, a partir do resgate de saberes tradicionais e da educação popular em saúde;
- f) Aprimoramento do uso das tecnologias digitais disponíveis para comunicação social;
- g) Formação politécnica e o projeto ético político da profissão.

Desta forma, é fundamental assumir as agendas inconclusas que permitam qualificar o trabalho das ACS nas comunidades.

### **Considerações finais [legenda]**

Ficou evidente a insuficiência de suporte institucional, formação e educação permanente para as ACS na pandemia, culminando na saída de seus territórios, com possível perda de legitimidade profissional ao mesmo tempo em que revela a desvalorização da APS e da ESF como modelo de atenção.

As disputas em torno da profissionalização das ACS para que venham a incorporar cada vez mais saberes e práticas biomédicas e cada vez menos trabalho comunitário, baseado na educação popular em saúde, ficou explícito nas posições públicas de diversos sujeitos que ocupam os aparelhos do Estado.

A auto-imagem e o projeto profissional das ACS estão em uma encruzilhada histórica como também os próprios rumos das sociedades. O surgimento de agentes voluntários, formados por organizações da sociedade civil, revelam a importância e necessidade da ampliação de ACS na APS, ao mesmo tempo em que faz refletir sobre a importância de maior vínculo comunitário e valores de solidariedade ativa como princípios ético-políticos da profissão.

Faz-se urgente a construção de uma agenda em torno da formação profissional e política das ACS, necessária aos novos tempos de crise impostas às comunidades e de desmonte das políticas de proteção social e do SUS.

### **Contribuição dos autores**

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### **Referências [legenda]**

1. Barreto ML, Barros AJD, Carvalho MS, Codeço CR, Hallal PRC, Medronho RA, *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de

- enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil?. Rev Bras Epidemiol. 2020; 23(01):1-4.
2. Barbosa SP, Silva AVFG. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da Covid-19. APS em Revista. 2020; 2(1):17-19
  3. Guimarães F. Approach of the physiotherapist in intensive care units in the context of the Covid-19 pandemic. Fisioter. Mov. 2020; 33:e0033001.
  4. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in Covid-19 pandemic?. Epidemiol. Serv. Saude. 2020; 29(2):e2020166.
  5. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, *et al.* . O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(6): e00104120.
  6. Nogueira, ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. Saúde Sociedade. 2019; 28(3):309-323.
  7. Netto JP. A construção do projeto ético-político contemporâneo. *In:* Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.
  8. Ballard M, Bancroft E, Nesbit J, Johnson A, Holeman I, Foth J, *et al.* Prioritising the role of community health workers in the Covid-19 response. BMJ Global Health. 2020; 5(6): e002550.
  9. Haines A, Barros EF, Berlin A, Heymann DL, Harris MJ. National UK programme of community health workers for Covid-19 response. The Lancet. 2020;395:1173-1175.
  10. Morosini MV, Fonseca A. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. Saúde Debate. 2018; 42 (n. especial): 261-274.
  11. Brasil. Lei Nº 14.023 de 8 de Julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União, 9 Jul 2020.
  12. Paulista. Secretaria Municipal de Saúde de Paulista. Superintendência de Atenção à saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Nota técnica nº 02 de 2020. Informativa e orientativa para rede assistencial de saúde para o covid-19. Paulista-PE.
  13. Ariquemes. Prefeitura Municipal de Ariquemes. Decreto nº 16.312, de 23 de março de 2020. Autoriza a designação de Agentes Comunitários de Saúde Municipais para atuarem em serviços administrativos e naqueles relacionados à prevenção e ao combate do novo Coronavírus (limpeza das unidades de saúde; aferição, em barreiras sanitárias, da temperatura das pessoas que entrarem na cidade de Ariquemes, dentre outros), nos termos da Recomendação nº 0105/2020 – 2ª PJA, e dá outras providências. Ariquemes –RO, 23 de março de 2020.
  14. Fundação Oswaldo Cruz. 1º Boletim da pesquisa Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19. Disponível em: <[https://acscovid19.fiocruz.br/sites/acscovid19.fiocruz.br/files/boletim\\_acs\\_25-08.pdf](https://acscovid19.fiocruz.br/sites/acscovid19.fiocruz.br/files/boletim_acs_25-08.pdf)>. Acesso em 15 ago 2020.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao covid-19. Brasília (DF); 2020.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS. Brasília (DF); 2020.
17. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Covid-19 Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde. Brasília, Mai 2020.
18. Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS). Live sobre curso técnico para ACS's e ACE'S. Facebook. Disponível em <<https://www.facebook.com/CONACSOFFICIAL/videos/974264779687639>>. Acesso em 08 jul 2020.
19. Câmara dos Deputados. Comissão Externa de Ações Contra o Coronavírus - Reunião Técnica 02/06/2020. Youtube. Disponível em:<[https://www.youtube.com/watch?v=L5cBhxYcpC4&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?v=L5cBhxYcpC4&feature=emb_logo)>. Acesso em 10 jul 2020.
20. Mélló LMBDM, *et al.* (org.). Agentes populares de saúde: ajudando minha comunidade no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Recife: Fiocruz, 2020. 76 p. Disponível em:<<https://www.campanhamaossolidarias.org/agentes>>. Acesso em 22 set 2020.
21. UNEafro Brasil (Brasil). Agentes Populares de Saúde: Protocolos e orientações. 2020. Elaborado por UNEafro Brasil e Instituto de Referência Negra Peregum. Disponível em:<<https://agentespopularesdesaude.org.br/>>. Acesso em 20 mai 2020.
22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.
23. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. 1.ed. 2020. Disponível em:<<https://redeaps.org.br/2021/03/14/o-lado-oculto-de-uma-pandemia-a-terceira-onda-da-covid-19-ou-o-paciente-invisivel/>>. Acesso em 01 mai 2021.
24. Yazbek MC. O significado sócio-histórico da profissão. Serviço Social, p. 1-21, 2009.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 set 2017.
26. Brasil. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União, 18 Abr 2018.
27. Lotta GSL, Pavez TR. Agentes de implementação: mediação, dinâmicas e estruturas relacionais. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, 2010;15(56):109-125.

28. Stotz EN, David HMSL, Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. *Revista de APS*. 2009; 12(4):487-497.
29. Lotta G, *et al.* Community health workers reveal Covid-19 disaster in Brazil. *The Lancet*, 2020; 396(10248):365-366.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 83, de 10 de janeiro de 2018. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS), para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE) no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. *Diário Oficial da União*, 12 Jan 2018.
31. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC Domicílios 2019. 1. ed. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2020.
32. Lotta G, Lima DD, Magri G, Corrêa M, Beck A. Nota Técnica – A pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde pública no país. Fundação Getúlio Vargas. Núcleo de Estudos da Burocracia. Maio de 2020.
33. UNEafro. UNEafro Brasil, 2021. Disponível em: <<https://uneafrobrasil.org/historia/>>. Acesso em: 01 mai 2021.
34. Bousquat A, Giovanella L, Medina MG, Mendonça MHM, Facchini LA, Tasca R, *et al.*. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Agosto de 2020.
35. Queirós AAL, Lima LP. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2012; 10(2):257-281.
36. Bornstein VJ, David HMSL. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2014;12(1):107-128.
37. Frigotto G. Teoria e práxis e o antagonismo entre a formação politécnica e as relações sociais capitalistas. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2009; 7:67-82.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Vídeo sobre Protocolo da Atenção Primária à Saúde para ACS e ACE sobre Covid-19. Realização da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2020. (23 min.) Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=3sZytHn1YEI>>. Acesso em 01 jul 2020.

### 4.3 Artigo 3 – Agentes comunitárias de saúde e a busca pelo ensino superior: motivações, implicações, epistemologias e o futuro da profissão<sup>3</sup>

#### Resumo

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) têm feito uma busca crescente pela formação de nível superior. Este artigo tem por objetivo compreender como a formação universitária influencia sua atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), identificando interfaces e particularidades em relação à enfermagem, psicologia, serviço social e pedagogia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter analítico, desenvolvida a partir da triangulação de dados primários e secundários. Foram evidenciadas motivações da busca pela formação superior, suas implicações e epistemologias predominantes na práxis profissional. Sugerem-se núcleos de saberes a serem aprimorados na formação das ACS considerando as formações universitárias estudadas, ao mesmo tempo em que são delimitados núcleos de atuação, apontando a essencialidade do seu trabalho no SUS, frente às ameaças de extinção da profissão.

**Palavras chaves:** Agente Comunitário de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Profissão de Saúde. Formação Profissional

#### Community Health Workers and the search for higher education: motivations, implications, epistemologies and the future of the profession

#### Abstract

Community Health Workers (CHW) have been increasingly seeking higher education. This article aims to understand how university education influences their performance in the Unified Health System (SUS), identifying interfaces and particularities in relation to nursing, psychology, social work and pedagogy. It is a qualitative, analytical research, developed from the triangulation of primary and secondary data. Motivations for the search for higher education, its implications and predominant epistemologies in professional praxis were evidenced. Cores of knowledge to be improved in the training of CHWs are suggested, considering the university education studied, at the same time that cores of action are delimited, pointing out the essentiality of their work in the SUS, in view of the threats of extinction of the profession.

---

<sup>3</sup> AUTORES:

**Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo:** Centro Acadêmico da Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. R. Alto do Reservatório - Alto José Leal, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil, CEP: 55608-680. livia.me@ufpe.br. ID do ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5737-751X>

**Paulette Cavalcanti de Albuquerque:** Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE. Recife, Pernambuco, Brasil. [paulette@cpqam.fiocruz.br](mailto:paulette@cpqam.fiocruz.br) ID do ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8283-5041>

**Romário Correia dos Santos:** Pós Graduando do curso lato sensu (Residência Multiprofissional) em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz-PE. Recife, Pernambuco, Brasil. [romario.correia@outlook.com](mailto:romario.correia@outlook.com) ID do ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4973-123X>

**Keywords:** Community Health Worker. Primary Health Care. Health Occupations. Professional Training

## **Agentes comunitarios de salud y búsqueda de la educación superior: motivaciones, implicaciones, epistemologías y el futuro de la profesión**

### **Resumen**

Las Agentes Comunitarios de Salud (ACS) buscan cada vez más educación superior. Este artículo tiene como objetivo comprender cómo la educación universitaria influye en su desempeño en el Sistema Único de Salud (SUS), identificando interfaces y particularidades en relación con la enfermería, la psicología, el trabajo social y la pedagogía. Es una investigación cualitativa, analítica, desarrollada a partir de la triangulación de datos primarios y secundarios. Se evidenciaron motivaciones para la búsqueda de la educación superior, sus implicaciones y epistemologías predominantes en la praxis profesional. Se sugieren núcleos de conocimiento a mejorar en la formación de las ACS, considerando la formación universitaria estudiada, al mismo tiempo que se delimitan núcleos de acción, señalando la esencialidad de su labor en el SUS, ante las amenazas de extinción de la profesión.

**Palabras clave:** Agentes Comunitarios de Salud. Atención Primaria de Salud. Empleos en Salud. Capacitación Profesional

### **Introdução**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se apresenta como um pilar estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) orientando-se a partir do trabalho interprofissional, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e comunitária, além da competência cultural (Lima *et al.*, 2018). Este último atributo, em específico, tem como principais sujeitos as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que articulam o território e os serviços de saúde, reconhecendo os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado (Morosini e Fonseca, 2018).

Atualmente estima-se a existência de 269.921 ACS no Brasil (Brasil, 2020a). Apesar destas terem conseguido aprovar muitas conquistas trabalhistas, ao longo dos quase 30 anos de institucionalização, a regulamentação e profissionalização do seu trabalho está aquém de garantir efetivação de seus direitos (Nogueira, 2019), com formação inadequada e legitimidade em disputa frente à sociedade e setores políticos, econômicos e ideológicos que influem nos rumos da profissão (Méllo *et al.*, 2021).

No decorrer da história, as ACS saíram de uma atuação focada no binômio materno-infantil (Barros *et al.*, 2010), para outra que demanda análise da situação de saúde, planejamento territorial, apoio às famílias e indivíduos nos seus diversos ciclos de vida, além dos cuidados em saúde mental (Cabral e Albuquerque, 2015), condições agudas e crônicas do adoecer, dentro de realidades culturais, econômicas e sociais diversas (Brasil, 2009).

Diante da complexidade do seu trabalho foi proposto, em 2004, o referencial curricular nacional para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) que enfrentou obstáculos na sua implantação em diversos estados do país, reduzindo as formações através de cursos rápidos, fragmentados, avaliados como insuficientes (Coelho, Vasconcellos e Dias, 2018; Mélo *et al.*, 2021). Em 2020 o referencial foi reformulado, com a promessa de implantação do CTACS para 100% das ACS, a partir de financiamento federal (Brasil 2004, 2020b).

Ao mesmo tempo, houve grande expansão e interiorização do ensino superior no país, nas primeiras décadas dos anos 2000, quando houve maior possibilidade de inversão da pirâmide social e inclusão da classe trabalhadora, com destaque aqui para as ACS (Musse *et al.*, 2015; Simas e Pinto, 2017). Segundo Marques, Ximenes e Uginô (2018) o Brasil registrou 7,840 milhões de matrículas no ensino de graduação em 2014, contra 3,480 milhões em 2002. Tal expansão se deu a partir de políticas como o Programa Universidade para Todos (ProUni), o Programa de Financiamento Estudantil (Fies), o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão (Reuni), o aumento da oferta de cursos à distância e a política de cotas nas universidades públicas (Barros, 2015; Marques, Ximenes e Uginô 2018; Superti, Silva e Novais, 2020).

Porém, ainda é marca do país a divisão social e técnica do trabalho com a classe média e os ricos alcançando a universidade, e dentro dela os cursos de maior prestígio; e a classe trabalhadora, os cursos de menor prestígio, cursos à distância, ou ficando restritos aos cursos técnicos (Souza, Passos e Ferreira, 2020).

Em estudo de abrangência nacional Simas e Pinto (2017) descrevem que em 2003, somente 0,6% tinha ensino superior; o que em 2017 correspondia a 12,7%. Em outros dois estudos realizados nos municípios de Campina Grande-PB e

Tangará da Serra-MT, os resultados indicaram que 32,2% iniciaram ou concluíram um curso superior e quase 4% estão fazendo ou já possuem pós-graduação, no caso do primeiro município, (Musse *et al.*, 2015) enquanto no segundo município, esses dados correspondem a 31,14% e 11,63% (Cabral, Gleriano e Nascimento, 2019).

Dentre as ACS com ensino superior completo, destacam-se as formações em serviço social, enfermagem, psicologia e pedagogia, fazendo supor que há uma escolha relacionada à sua prática enquanto ACS, um possível anseio por qualificação e novas oportunidades de trabalho no setor saúde (Mota e David, 2010).

Na sociedade moderna cuja principal característica é a especialização das profissões, o vazio deixado pela formação técnica das ACS, desde 2004, reflete diretamente na consolidação do seu ser profissional perante o Estado e a sociedade. Teóricos vinculados ao paradigma do poder das profissões analisam que estas recorrem a determinada ordem de recursos cognitivos, políticos, relacionais/organizacionais, culturais e ideológicos para converterem-se numa outra ordem de poder. O acesso privilegiado ao mercado, a autonomia sobre o trabalho, o controle sobre o acesso à profissão e outros privilégios profissionais, no seu conjunto, constituem áreas de incidência do poder profissional, como também recurso de manutenção e alargamento de seu status quo (Rodrigues, 2002).

Não obstante, o caso das ACS é peculiar, pois é a única profissional da saúde que não precisa de formação prévia para trabalhar no setor. Sua formação, apesar de instituída num referencial curricular nacional, passa por disputas que vão das leis de regulamentação da profissão, até entraves econômicos seja para o financiamento do curso, seja para garantir a elevação de salários correspondentes ao nível técnico. Soma-se a isso o fato das ACS serem 100% vinculadas ao setor público, sendo afetadas pelos avanços da agenda ultraneoliberal expressa na EC 95 e nas portarias 958 e 959, ambas de 2016, que colocaram em risco sua existência ou não no SUS (Brasil, 2016, 2016a; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2016; Morosini; Fonseca, 2018).

Um outro aspecto de divergências diz respeito ao rol de atribuições e o perfil profissional desejado na formação que tenciona com poderes já instituídos em

outras profissões, como é o caso da enfermagem. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2017 incorporou atribuições clínicas de aferição da temperatura, pressão arterial e glicemia no rol de práticas das ACS, enquanto a proposta de formação técnica em enfermagem para ACS foi criada através do Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (Profags) (Brasil, 2017; Nogueira e Barbosa, 2018; Silva *et al.*, 2020).

Considerando as disputas e dilemas envolvidos na formação profissional das ACS, sua crescente busca pelo ensino superior e a insuficiência de estudos que analisem esse aspecto da profissionalização, objetiva-se compreender como a formação universitária influencia sua atuação no SUS, identificando interfaces e particularidades em relação à enfermagem, psicologia, serviço social e pedagogia.

## **Percurso metodológico**

### **Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter analítico, desenvolvida a partir da triangulação de métodos (Santos *et al.*, 2020).

Faz parte da tese de doutorado intitulada “Análise da profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde: qual o futuro desse trabalhador no sistema de saúde brasileiro?” desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães – Fiocruz.

O projeto que deu origem ao estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz/PE, e está registrado na Plataforma Brasil sob o nº CAAE: 15735119.7.0000.5190. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

### **Coleta de dados**

Os dados secundários utilizados advêm das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) relacionadas às profissões que são objeto deste estudo.

Já os dados primários correspondem a 06 entrevistas com informantes-chaves que participam das disputas e rumos da profissionalização das ACS no SUS

tais como: Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), representante da bancada em defesa das ACS da Câmara dos Deputados, Federação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias (FENASCE), Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e intelectual estudioso do tema.

Foram realizadas 03 entrevistas individuais com ACS formadas em psicologia, enfermagem e serviço, com objetivo de refinar o planejamento dos instrumentos de coleta de dados (Silva Filho e Barbosa, 2019), seguida de 01 grupos focal, envolvendo 07 ACS, com as seguintes formações: 01 pedagogia, 02 enfermagem, 02 serviço social, 02 psicologia. As idades variaram entre 34 a 50 anos, com tempo de atuação no SUS entre 15 e 19 anos, sendo 08 do gênero feminino e 02 masculinos.

A amostragem foi constituída em bola de neve, partindo de informante-chave semente, que ajudou a localizar outras/os ACS com formações nas graduações pré-definidas. As pessoas indicadas pelas sementes indicaram novos contatos, a partir de suas próprias redes pessoais, e assim sucessivamente, até chegar numa saturação de nomes (Vinuto, 2014).

Tanto para as entrevistas com ACS como para os grupos focais, buscaram-se ACS residentes de um mesmo município (Santo Antônio de Jesus-BA e Recife-PE), sendo, também, municípios de moradia da pesquisadora, o que tornou viável o encontro e participação destes informantes-chave nesta fase da pesquisa.

As entrevistas ocorreram em local reservado onde estavam presentes apenas uma pesquisadora e os sujeitos entrevistados, enquanto o grupo focal teve a presença de duas pesquisadoras, obedecendo os preceitos da ética e do método escolhido (Trad, 2009). Os temas abordados tanto nas entrevistas como nos grupos focais foram: 1) caminhos históricos da profissionalização das ACS no Brasil e a relação com outras profissões afins; 2) diferentes configurações do trabalho comunitário e o tipo de saber predominante (epistemologias) nas práticas de saúde das ACS; 3) cenários e perspectivas em disputa na profissionalização das ACS e implicações a partir da formação de nível superior. A duração das entrevistas foi de, em média, 60 minutos, enquanto o grupo focal de 90 minutos.

A partir da redundância e repetição dos dados, foi definida a suspensão de novas entrevistas e grupos focais, já que houve saturação teórica (Fontanella, Ricas e Turato, 2008).

As respostas foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo utilizados os discursos que envolviam o tema deste artigo. A coleta de dados primários ocorreu de dezembro de 2019 a março de 2020, enquanto os dados secundários até junho de 2020.

### **Análise dos dados**

A análise dos dados foi realizada à luz da hermenêutica dialética que busca os sentidos da linguagem, a partir de sua intencionalidade, considerando seu conteúdo, seus sujeitos e seu contexto de produção, assim como as contradições e ideologias presentes nos documentos e discursos dos envolvidos (Minayo, 2004; Stein, 1987).

Seguiu-se três etapas de análise: 1) ordenação; 2) classificação dos dados; 3) análise teórica. Na primeira etapa, foram transcritas as entrevistas e grupo focal, seguida de leitura dos documentos e das transcrições, ordenamento por sujeitos e organização dos discursos contrastantes e/ou confluentes. Finalizado o corpus do estudo, partiu-se para a etapa de classificação, construindo-se uma matriz de análise em tabela de excel. Desta emergiram duas unidades temáticas: 1) motivações e implicações da formação de nível superior pelas ACS; 2) epistemologias predominantes na prática e formação profissional.

### **Resultados e discussão**

#### **Motivação e implicações da formação de nível superior para as ACS: afirmação ou negação do projeto profissional?**

Segundo Nogueira e Silva (2021, p. 166), foram “poucos os estados que concluíram a formação técnica para todos os ACS”. Tal contexto desmotiva algumas, mas, desloca outras a buscarem o ensino universitário para responderem seus anseios (Cabra, Gleriano e Nascimento, 2019; Simas e Pinto, 2017).

Na opinião dos sujeitos entrevistados que incidem nacionalmente no rumo da profissionalização das ACS no Brasil, a busca por uma graduação vem para responder à complexidade do trabalho, à valorização financeira, mas também, pelo desejo de abandonar a função de ACS:

Eu entendo que é uma busca [...] a partir do trabalho percebem a necessidade de estudar e aprofundar [...] é um trabalho extremamente complexo. [...] (Intelectual da universidade).

[...] Claro que alguns também procuram fazer curso superior com o objetivo de se qualificar e continuar sua função de ACS. Mas, o foco principal deles é justamente adquirirem uma profissão de nível superior e com isso deixarem a função de ACS. Querendo ou não é função que requer esforço físico, requer comprometimento e aí mexe com o emocional também, porque você está lidando diretamente com as famílias [...] muitos deles também não se sentem mais preparados. Estão cansados (CONASEMS).

Claro que a busca pela valorização financeira também conta muito, e assim, como não existe um curso de nível superior voltado para o ACS, e ele se identifica com a profissão, [...] ele vai buscar um curso que seja correlato com o dele (CONACS).

Pode-se perguntar se essa é a realidade apenas das ACS ou um fenômeno comum aos demais trabalhadores de nível médio em saúde no Brasil. Ou seja, seria a formação técnica uma primeira alternativa aos trabalhadores da saúde advindos de classes populares, seguida de formação superior quando inseridos no mundo do trabalho? Estariam esses trabalhadores, no geral, atuando com escolaridade maior que a exigida pelo cargo? O caso da enfermagem é um exemplo já estudado neste sentido. Wermelinger *et al.* (2019) descreve que 9,6% dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (A&TE), em 1983, tinham nível superior completo ou incompleto, passando para 34,3% 30 anos depois, sendo comum a sobrequalificação destes em relação ao cargo ocupado.

Corroborando com as falas dos representantes nacionais acima, ACS com ensino superior participantes dos grupos focais e entrevistas individuais expressaram suas motivações para a busca de graduação, que variaram entre: 1) melhorar a sua atuação como ACS, garantindo novos aportes cognitivos para responderem às demandas que se apresentam no território; 2) reversão do cenário de deslegitimidade da categoria existente perante a sociedade e Equipe de Saúde da Família (EqSF); 3) o desejo por mobilidade social garantindo melhor retorno financeiro no mercado de trabalho e a possibilidade de progressão na carreira.

O meu caso foi o índice de desigualdade social que via aumentando dentro da minha microárea. [...] me empolgou em realizar assistência social. Quando trabalho na saúde, está incluída a educação também. Fico parando para pensar que se me aprimoro ainda mais na área social, tenho como dar um subsídio ainda melhor para aquela comunidade se fortalecer ainda mais (ACS com formação em serviço social - grupo focal).

[...] entender de fato como a doença vem, como ela se instala, como ela se manifesta e poder explicar. Porque você não consegue convencer uma pessoa sem saber. E quando você tem o conhecimento o seu poder de persuasão de convencimento aumenta (ACS com formação em enfermagem - grupo focal).

Observa-se que as ACS percebem a complexidade do seu trabalho e a insuficiência do seu saber para responderem às demandas que encontram no cotidiano, seja no âmbito individual, familiar, comunitário e/ou de organização da sociedade, justificando assim a busca por ensino universitário.

Uma vez que o Brasil passou por grandes alterações sociais, econômicas, demográficas, nutricionais e epidemiológicas desde a criação do PACS na década de 90, até os dias atuais, a mudança no perfil e formação das ACS também é esperada (Cortez *et al.*, 2019). Soma-se a isso, os desafios impostos pela crise sanitária provocada pela Covid-19 que reforçou a demanda por conhecimentos estruturados para planejar e enfrentar as condições de saúde relacionadas às pandemias, à miséria, violência e ao sofrimento mental (Méllo *et al.*, 2021).

Por ser a única categoria que adentra os serviços de saúde sem uma formação profissional prévia, garantida no sistema formal de ensino, fica cada vez mais claro que a insuficiente qualificação influi no adequado desempenho das atividades (Coelho, Vasconcelos e Dias, 2018), sendo comum o discurso romantizado do aprender fazendo e de práticas baseadas em valores de amizade, voluntariado e caridade (Alonso, Béguin e Duarte, 2018).

A escolha de uma profissão comumente envolve decisões norteadas por fatores como proximidade das ofertas de ensino à sua área de residência, situação econômica e educacional da família, além da adequação desta profissão às afinidades e interesses pessoais. Entretanto, ao adentrar a vida universitária, se fortalece o elemento simbólico do código de vestimenta e linguagem que

representam formas de domínio, poder e legitimidade (Alkaya, Yaman e Simones, 2018). A universidade atua não apenas como um espaço de produção e reprodução de conhecimento, mas de prestígio (Silva, 2017).

Para as ACS, a busca por reverter a baixa legitimidade perante a sociedade, parece contribuir também para o caminho da escolha em realizar um curso de graduação. Participantes do grupo focal, afirmam:

A ausência de um médico faz falta na comunidade, num posto de saúde. A ausência de um enfermeiro faz falta. A ausência do técnico de enfermagem faz falta. A ausência do ACS faz falta na tua comunidade? [...] o que eu to percebendo é que a gente tá perdendo muito essa capilaridade, sabe, na população, é problemático isso. Estou vendo isso muito agora enquanto enfermeiro. As pessoas ficam: 'Não porque vamos cobrar, porque é salário não sei o que'. Ai tu quer cobrar e tu só vem uma vez na semana (ACS com formação em enfermagem - grupo focal).

Eu tenho uma amiga ACS agora que está atuando como enfermeira [...] ela recebe menos do que ela receberia como ACS, ela tem atribuições maiores, ela tem um compromisso político com quem a colocou e ela não tem privacidade. Sofre assédio o tempo todo [...] Então, assim, eu acho que tem uma questão de apego aí, de vestir um jaleco e ser chamada de doutora sem fazer um doutorado (ACS com formação em enfermagem - entrevista individual).

Fica evidente que a escolha do ensino universitário pelas ACS incide na aquisição de poder simbólico e cognitivo, convertidos em status social e prestígio, indo além de novas posições econômicas esperadas pelas profissões (Larson, 1977). O exemplo referido na entrevista quanto à submissão a assédios, maiores atribuições e menores salários revela também alienação e estranhamento do trabalho, próprios do modo de produção capitalista, presente na realidade das ACS (Nogueira, 2019) mesmo após formação de ensino superior. Concordando com Larson (1977), percebe-se o quanto o modelo profissional vem se transformando em ideologia, a ideologia do profissionalismo, com profissionais proletarizados que acreditam ter autonomia, pacificando-os frente às instituições burguesas.

É importante salientar que a (des)legitimação das ACS perante suas comunidades é influenciada por questões que extrapolam o seu poder profissional, estando vinculadas às debilidades do próprio Estado, com um SUS com baixa oferta de consultas, medicamentos, exames e serviço (Alonso, Béguin e Duarte, 2018).

A afirmação de que a sociedade moderna é uma sociedade de profissões (Machado *et al.*, 2019) implica entender o espaço de trabalho como um espaço de coerção e consentimentos cujas práxis possibilitam a sua renormalização com sujeição ou assujeitamentos (Chinelli, Vieira e Scherer, 2019). Desta forma, as relações existentes precisam ser analisadas em uma perspectiva de correlação de forças de micro e macro poder (Silva, 2017) intensificados pela educação.

Para Jesine *et al.*, (2016), a educação é um mecanismo de luta social onde a aquisição de novos conhecimentos possibilitam compreender e intervir na realidade, emancipando os sujeitos. Segundo Freidson (1994), o conhecimento abstracto, aprendido em instituições formais de educação superior, constitui condição fundamental no processo de reivindicação de privilégios profissionais, organizados, legalmente, a partir de um fundamento político, quer dizer, através do poder do Estado.

Sobre as relações alteradas entre ACS, EqSF e comunidades, após realizarem a formação universitária, foram proferidos os seguintes discursos:

Uma médica cubana, ela me chamava muito para estudar: 'você tem que saber isso aqui'. As enfermeiras confiavam muito em mim também. E até hoje a técnica de enfermagem ela pergunta para mim, não pergunta para enfermeira, ela pergunta para mim: 'olha essa medicação, o que é que você acha?' (ACS com formação em enfermagem - entrevista individual).

A comunidade oxe, falam 'minha enfermeira'. Antes de me graduar, eles já me davam receita para ler, podia ser o médico que fosse, eles não se medicavam antes de eu ler [...] 'o médico passou isso aqui, como é que você acha?' [...] (ACS com formação em enfermagem - entrevista individual).

[...] A assistente social do distrito diz assim 'e por que você não resolve?' Eu digo: aqui eu sou agente de saúde, você é a assistente social que ganha para isso (ACS com formação em serviço social - grupo focal).

De uma forma geral, os discursos remetem à reconfiguração do poder, por um lado horizontalizando relações entre aqueles que se sentiam inferior e que agora se sentem mais à vontade para abordar uma antiga/atual ACS; por outro, as ACS se impõem para não assumirem atribuições pelas quais não são remuneradas, solicitadas pelos novos pares, com mesma graduação.

Chama atenção no discurso da ACS com formação em enfermagem, a relação horizontal existente entre ela e a médica cubana. Tal fato guarda coerência com os estudos que analisam o perfil dos médicos cubanos e o Programa Mais Médicos (Gomes, Merhy e Ferla, 2018). Segundo Terra *et al.*, 2016 (p. 2833), a medicina cubana detém “ uma cultura de classe distinta da hegemônica no Brasil, uma visão da medicina como realização de vida e altruísmo profissional, a percepção de estranhamento do outro para consigo e uma forma de fazer a Clínica sem negar a Biomedicina mas a incorporando num projeto humanista de saúde”.

Pode-se fazer um paralelo entre as ACS e a medicina cubana, a partir do discurso de mudança na relação de poder e confiança entre ACS e comunidade. Ao incorporar o saber acadêmico, advindo da formação em enfermagem, o indicativo aqui anunciado é que este novo saber-fazer, somado ao vínculo existente enquanto ACS, gera mais confiança dos usuários até mesmo em relação à medicina.

Quanto ao aspecto da ascensão social e econômica percebe-se que a precarização existente no mundo do trabalho hoje (Abílio, 2021) influi na busca do ensino universitário e na decisão de permanecer ou não como ACS. Em muitas situações buscam esse nível de formação após adentrarem o mundo do trabalho na ESF (Cabral, Gleriano e Nascimento, 2019; Simas e Pinto, 2017), mas também como uma etapa concomitante, em busca de renda e segurança no trabalho para financiar as despesas durante a graduação. Em ambas as situações vivenciam dificuldades inerentes a serem estudantes-trabalhadoras:

[...] eu entrei para ACS já estudante de nível superior. Então, desde o início, para mim sempre foi guerra, sabe? Eu não desisti de estudar porque eu vim para estudar. Mas, depois você tem um trabalho na mão que é um concurso que, por um lado, é uma segurança e, por outro, é uma prisão né? (ACS com formação em psicologia - entrevista individual).

Resultados de um estudo de abrangência nacional quanto ao perfil de ACS demonstram que as formas predominantes de inserção nos serviços de saúde desta categoria são por concurso público (52,9%), seguida de seleção pública (38,7%). Quanto aos vínculos empregatícios, 52,0% das ACS são servidoras estatutárias, seguido pelo vínculo regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) 26,6% (Simas e Pinto, 2017). Tais aspectos corroboram com o discurso acima quanto à segurança e vantagens trabalhistas conquistadas pela categoria (Morosini e

Fonseca, 2018), entendidas como justificativa para permanecer enquanto ACS mesmo após a formação de nível superior.

Em sentido inverso a ACS abaixo revela:

Estou procurando emprego como assistente social. Gosto muito de ser agente de saúde, mas, é pelo bem dos meus filhos e minha [...] se eu tivesse emprego como assistente social que eu ganhasse bem, eu sumia do bairro onde eu moro (ACS com formação em serviço social - grupo focal).

Como pode-se ver, a remuneração garantida como ACS, mesmo havendo a lei do piso salarial, não parece atender às necessidades materiais, sendo um aspecto desmotivador para a permanência na profissão.

Fazendo um paralelo das ACS com a realidade da enfermagem, Chinelli, Vieira e Scherer (2019) afirmam que existe uma tendência de os técnicos de enfermagem buscarem a formação de nível superior, mas, após conclusão do curso, não conseguem nova inserção no mercado de trabalho. No caso das ACS, por serem servidoras públicas, continuam desempenhando as mesmas atividades, já que não têm margem para uma progressão vertical após formação universitária diferentemente de outros países (Fontainha *et al.*, 2014).

Num caminho prospectivo, as representações sindicais, FENASCE e CONACS, afirmaram que uma graduação própria das ACS “não está na mesa de negociação” apesar de ser “um sonho” da categoria. Ressaltam que “é uma coisa que, depois do curso técnico”, pode ser pensada, visto que a ameaça atual é de extinção das ACS no SUS. Sobre isso o CONASEMS afirma: “Eu tenho alguns colegas secretários de algumas tendências dentro do CONASEMS que já prospectam o programa ACS como um programa em extinção”.

Essa afirmação parece corroborar com a corrente epistêmica eurocêntrica do “novo sanitário”, que advoga para que a atuação das ACS sejam focadas nos indivíduos em risco e de maior vulnerabilidade (Gusso *et al.*, 2015), o que converge para a não essencialidade desta profissão, reforçado pela nova PNAB de 2017.

Mais que isso, a barreira por maior profissionalização e formação das ACS passa por interesses e divergências políticas abrangentes já que o poder da

categoria extrapola o âmbito local para incidir no Congresso Nacional. No discurso do CONASEMS, as ACS:

[...] passam a atuar como agentes políticos também, a maioria deles têm seu vereador, deputado estadual, deputado federal, nada contra isso, mas eles, pelo fato de andarem nas residências das pessoas, têm o poder de levar informação direta muito rapidamente [...]. Semanalmente tem em média 250 ACS rodando pelos corredores do Congresso Nacional. Então, um ACS poderia estar cuidando da sociedade mas que estão lá fazendo a parte política que eles acham que devem fazer (CONASEMS).

Aqui, fica implícita a tentativa de conservar hierarquias sociais, ao criticar a organização e poder político de uma categoria de origem e atuação popular, exclusiva do SUS e da APS, quando sabe-se que o congresso nacional brasileiro é permeado de lobby em defesa dos interesses da categoria médica, dos planos de saúde, indústria farmacêutica e tantos outros que atendem aos interesses privados da saúde (da Silva Carreiro, da Silva Carreiro e Sousa, 2021; Scheffer e Bahia, 2013).

Como afirma Yasbek (2009a, p. 4), as disputas de um projeto profissional são parte da disputa de projetos societários sendo um “processo complexo, que contém a possibilidade do novo, do diverso, do contraditório, da mudança”. As ACS, ao imprimirem certa direção social ao exercício profissional, estão ao mesmo tempo pressionando o Estado para a ampliação do seu papel na proteção social da classe trabalhadora, através das políticas públicas de saúde, já que é uma categoria exclusiva do SUS.

Fica evidente que, para a própria sustentabilidade da categoria, se faz necessário discutir uma formação abrangente frente à complexidade do seu objeto, atrelada às demandas de valorização do trabalho. Além disso, a afirmação do projeto profissional está intrinsecamente imbricada à defesa do direito universal à saúde, da APS integral de base territorial e do SUS.

### **Epistemologias presentes nas práticas e na formação das ACS: discutindo campo e núcleo profissional**

Além do acesso ao ensino superior, se faz importante pensar nas epistemologias que predominam na formação universitária. No caso da formação em

saúde, esta esteve predominantemente atrelada à racionalidade biomédica, negando outros saberes presentes na sociedade para o autocuidado, advindos do saber tradicional e da determinação social da saúde (Luz, 2005). No campo da educação, por sua vez, a valorização do saber popular tem como marco a contribuição de Paulo Freire em contraponto a uma educação elitista, bancária, tecnicista e alienadora, hegemônica no ensino brasileiro universitário (Freire, 2013). Já nas ciências sociais aplicadas houve uma transição da perspectiva da caridade para a abordagem histórico-crítica que discute a questão social como direito, só possível a partir da luta de classes (Iamamoto e Carvalho, 1995; Yasbek, 2009b).

Ao questionar as ACS sobre o saber predominante nas suas práticas todas convergiram com o discurso a seguir:

É o saber comunitário, popular. Mas com o decorrer do tempo isso acaba despertando no ACS uma curiosidade, ou até uma vontade de avançar em outros campos, biológicos, acadêmicos e até mesmo saberes daquele território específico [...]. Como por exemplo, os chás, as benzedeadas, ainda tem essas questões no território que a gente encontra, e que a gente respeita e valoriza. Mas o saber biológico, ele também acaba sendo inserido no decorrer do tempo. (ACS com formação em enfermagem - entrevista individual).

Percebe-se que existe um saber popular que persiste como conhecimento válido e é valorizado na abordagem profissional das ACS mesmo após a formação acadêmica. Porém, segundo Junges *et al.* (2011, p. 4334) “apenas uma minoria valoriza e utiliza os conhecimentos populares como complementares aos conhecimentos científicos” na ESF apesar da proposta de superar o modelo de assistência à saúde centrado nos limites técnico-científicos.

Tal fato pode ser pensado como reflexo do modo de organização da sociedade brasileira, historicamente dependente, que reflete na organização do setor saúde e nas universidades, valorizando o positivismo, enquanto deslegitima outras formas de saberes advindos das classes populares e povos tradicionais (Porto, 2019; Trevisol e Nierotka, 2016).

Refletindo sobre a possibilidade de galgar a construção de um curso de graduação específico para ACS no Brasil, um entrevistado se posiciona:

[...] Não adianta você tirar essa pessoa do território e botar dentro da universidade e devolver de novo, porque os problemas do território dele, estão no território dele, o território da universidade é falso, ele nunca vai entender [...] não é achar que vai ter um curso milagroso

que vai dar conta de uma matriz epistêmica global, que vai botar na cabeça dele e ele vai se tornar um Super Homem, Super Mulher no território (risos) (Câmara dos Deputados).

Por outro lado, ACS participantes do grupo focal e entrevistas foram provocadas a resgatarem e refletirem sobre conhecimentos que adquiriram na formação acadêmica, que consideram válidos para aprimorar suas práticas enquanto ACS.

As ACS com formação em pedagogia e enfermagem afirmaram a importância da Educação Popular seja para o trabalho em grupos seja para a abordagem individual, inclusive para uma melhor adesão a tratamentos:

[...] tudo que eu fui aprendendo na pedagogia eu fui vendo e passando a sonhar com um agente de saúde diferente, em que todo mundo fosse educador popular [...]. Não aquele perfil de trabalhar só visitando as casas, mas um outro perfil contratado de fato para fazer grupos [...] não é que vai fazer palestra em que você fala e o outro escuta [...] (ACS com formação em pedagogia - grupo focal).

[...] eu acho que a gente poderia tá discutindo mais o que poderia ser aproveitado da enfermagem na prática diária do ACS e mesmo assim não descaracterizá-lo enquanto educador popular. Eu acho que deveria mais a título de orientação mesmo, orientação das comorbidades. Pelo menos as mais básicas como hipertensão e diabetes, questões cardiovasculares para que o paciente compreenda o que pode acontecer a partir de determinadas comorbidades. [...] eu pedi que uma usuária pegasse um detergente e fui explicar para ela didaticamente como fica a viscosidade do sangue quando a pessoa é diabética descompensada [...] foi a partir da enfermagem. (ACS com formação em enfermagem - entrevista individual).

Corroborando com estas colocações Maciazeki-Gomes *et al.* (2016) e Bornstein *et al.* (2016) afirmam que a perspectiva político-pedagógica da educação popular emerge como necessária para as ACS por articular a promoção da autonomia, horizontalizando saberes populares e técnico-científicos, em uma direção de formação para a consciência crítica e cidadania participativa.

As ACS com formação em psicologia ressaltaram aspectos técnico-científicos da escuta terapêutica enquanto necessidade profissional seja para o cuidado com o outro seja para o autocuidado:

Você vai ser uma melhor ACS se você tiver certo conhecimento de psicologia introdutória, psicologia básica, uma escuta melhor. [...] compreender por que o outro não aderiu à terapia

medicamentosa, compreender por que o outro está todos os dias na unidade, compreender por que o outro não quer que aquela ferida sare. [...] eu aprendi na terapia a não absorver depois que eu saio dali (ACS com formação em psicologia - grupo focal).

O discurso acima dialoga com questões elencadas por outros estudos sobre a necessidade de uma qualificação em saúde mental para potencializar as práticas das ACS na escuta, acolhimento e suporte necessário ao usuário, superando as noções empíricas estereotipadas, reflexo de uma formação insuficiente (Batista e Souto, 2017). Outras questões que tornam essa abordagem necessária são as situações de sofrimento psíquico em seu cotidiano, vivenciando casos de crise que colocam as ACS em situação de risco. A falta de apoio matricial e a baixa capacidade de articulação da rede, aumentam a sensação de despreparo profissional para lidar com estas questões (Moura e Silva, 2015; Taniguchi, 2018).

As ACS com formação em serviço social destacam a importância de conhecimentos no campo das ciências sociais e humanas para melhor leitura da realidade, da determinação sociohistórica da saúde, imposta pelo modo de produção capitalista:

[...] você precisa conhecer a Antropologia, você precisa conhecer História do Brasil profundo, Teoria Política. Você precisa, pra você saber onde é que você tá inserido [...] Os canais que o capitalismo usa pra nos prender, não é uma coisa que você percebe fácil (ACS com formação em serviço social - grupo focal).

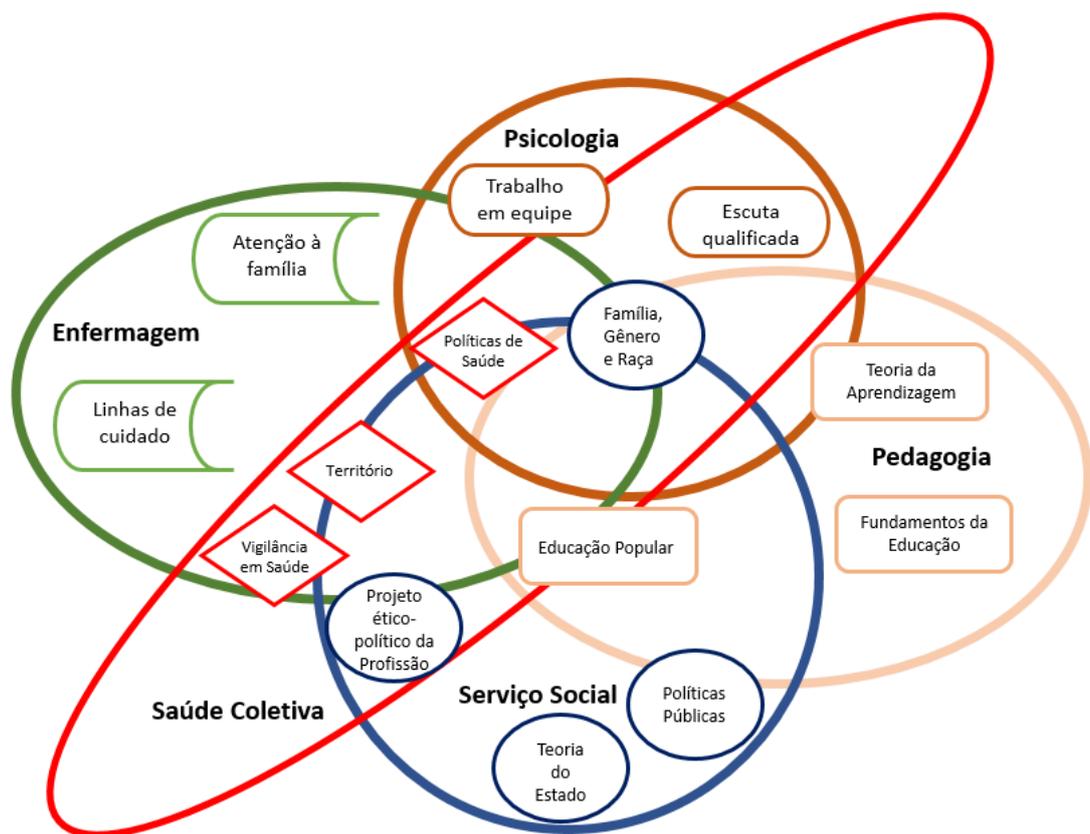
Como exemplo da necessidade de bases teóricas no campo das ciências sociais e humanas para melhor atuação frente à complexidade do seu trabalho, estudo qualitativo revelou que algumas ACS têm percepções e crenças sobre resiliência frequentemente pessimistas para trabalhar com a dimensão da pobreza e a configuração de famílias monoparentais. Muitos descrevem as famílias pobres como carentes, desestruturadas e acomodadas à pobreza, o que remete à necessidade de elementos teóricos crítico-reflexivos que permitam uma adequada abordagem das famílias (Yunes, Mendes e Albuquerque, 2005).

Além disso, Vidal, Gomes e Siqueira-Batista (2021) descrevem que ACS buscam dirimir conflitos éticos e bioéticos a partir de iniciativas individuais, consultas

a artigos científicos, livros, internet, códigos de ética, todavia, a maioria, busca a equipe da APS/ESF, e a gestão da saúde, como núcleo de acolhimento destes conflitos.

A imagem 1 apresenta síntese das reflexões dos entrevistados quanto à contribuição das graduações realizadas para o aprimoramento das práticas enquanto ACS:

**Imagem 1:** Interfaces das formações em serviço social, enfermagem, psicologia e pedagogia com as práticas das ACS: tô livre, manda o link kk



Fonte: os autores.

Numa perspectiva comparada, o quadro 1 apresenta os perfis profissionais projetados pelo CTACS, para os cursos de pedagogia, serviço social, psicologia e enfermagem, segundo respectivas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (Brasil, 2001a, 2001b, 2006, 2011, 2020b).

**Quadro 1** – Perfil de formação do curso técnico de ACS e dos cursos de graduação em pedagogia, serviço social, psicologia e enfermagem.

<b>Curso</b>	<b>Perfil de conclusão</b>
Técnico em ACS	Orienta e acompanha famílias e grupos em seus domicílios. Identifica e intervém nos múltiplos determinantes e condicionantes do processo saúde e doença, para a promoção da saúde e redução de riscos à saúde da coletividade. Realiza mapeamento e cadastramento de dados sociais, demográficos e de saúde. Desenvolve suas atividades norteadas pelas diretrizes, princípios e estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde. Promove comunicação entre equipe multidisciplinar, unidade de saúde, autoridades e comunidade.
Pedagogia	Profissional que atua na docência da Educação Infantil e nos anos iniciais do Ensino Fundamental, nos cursos de Ensino Médio, na modalidade Normal, e em cursos de Educação Profissional na área de serviços e apoio escolar, bem como em outras áreas nas quais sejam previstos conhecimentos pedagógicos. A docência é entendida como ação educativa e processo pedagógico metódico e intencional, construído em relações sociais, étnico-raciais e produtivas, as quais influenciam conceitos, princípios e objetivos da Pedagogia, desenvolvendo-se na articulação entre conhecimentos científicos e culturais, valores éticos e estéticos inerentes a processos de aprendizagem, de socialização e de construção do conhecimento, no âmbito do diálogo entre diferentes visões de mundo.
Serviço Social	Profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento, com capacidade de promover o exercício pleno da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários do Serviço Social no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho.
Psicologia	A ênfase <i>Psicologia e processos de prevenção e promoção da saúde</i> , consiste na concentração em competências que garantam ações de caráter preventivo, em nível individual e coletivo, voltadas à capacitação de indivíduos, grupos, instituições e comunidades para protegerem e promoverem a saúde e a qualidade de vida, em diferentes contextos em que tais ações possam ser demandadas.
Enfermagem	Formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Fonte: Brasil, 2001a, 2001b, 2006, 2011, 2020b.

São observadas semelhanças e também muitas diferenças entre tais perfis de formação. No entanto, um desafio atual perpassa pela discussão do que é campo e núcleo de atuação profissional das ACS cuidando para não confundir polivalência

com politecnicidade que pode esvaziar de sentido o ser ACS e abrir espaço para eliminação deste na ESF como aponta a nova PNAB (Brasil, 2017).

Desta forma, não é incomum que outras categorias de nível superior demandem às ACS descentralizarem seus conhecimentos e suas práticas de cuidado, sendo estas sempre matriciadas, sem poder matricular, já que não têm um núcleo de saber bem delimitado, nem consolidado teoricamente.

Estudos diversos registram a gama de atividades desenvolvidas pelas ACS com saberes matriciados como habilidades para composição da Terapia de Reidratação Oral (TRO) (Carmo *et al.*, 2012), saúde do idoso, (Fernandes *et al.*, 2010; Ferreira e Ruiz, 2012), aleitamento materno (Caldeira, 2007), saúde auditiva (Castro e Zucki, 2015), saúde mental (Cabral e Albuquerque, 2015), cuidado à criança com asma (Coriolano *et al.*, 2011), saúde bucal (Mialhe, Lefèvre e Lefèvre, 2011), agravos fonoaudiólogos (Knochenhauer e Vianna, 2016) e controle da tuberculose (Rocha *et al.*, 2015).

Nas palavras de Silva (2001) as ACS se utilizam de um saber 'emprestado', reiterando que, quando tais saberes são insuficientes, as agentes levam os profissionais da APS à casa do usuário ou o usuário à unidade de saúde.

Analisando o referencial curricular nacional para o CTACS, de 2020, percebe-se que este incorpora novos instrumentos, tecnologias e saberes, reforçando a perspectiva biomédica, pragmática e tecnicista da organização do trabalho. Reduz a dimensão da mobilização social e da educação popular em saúde, o que pode ser percebido pelo apagamento de ambos os termos do texto em relação ao referencial de 2004 (Brasil 2004, 2020b).

Nas palavras da representante do MS entrevistada “[...] foi feito um movimento em dar uma ênfase maior na questão dos ciclos de vida e no papel mais próximo do campo da clínica” o que de fato aparece no documento analisado.

Em exercício teórico reflexivo, elencou-se conhecimentos e práticas nucleares às ACS, que não podem ser assumidos com centralidade pelos demais membros da ESF:

a. Vivência e compreensão sobre a dinâmica matutina, vespertina e noturna da comunidade, seus valores, crenças e necessidades, com competência cultural diferenciada;

b. Vigilância de base comunitária a partir do território, realizando diagnóstico participativo, com envolvimento comunitário e uso dos dados coletados para o planejamento de ações;

c. Visitas domiciliares diárias para acompanhamento e cuidado de indivíduos e famílias nas suas necessidades sociais e sanitárias;

d. Identificação, mobilização e apoio às iniciativas comunitárias a partir da articulação de políticas públicas intersetoriais para enfrentamento da insegurança alimentar, violência, acesso à renda, à água, agendas inconclusas da cidadania brasileira;

e. Formação e mobilização social de moradores e lideranças como agentes promotores de saúde, a partir da educação popular, resgate e incentivo aos saberes tradicionais e populares no cuidado à saúde;

f. Desenvolvimento de estratégias de comunicação social a partir do uso de tecnologias digitais disponíveis e veículos de comunicação comunitários.

Além disso, não se pode negar a emergência de novas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), incorporadas pela ESF e legitimadas no contexto da pandemia de Covid-19 (Da Silveira e Zonta, 2020), seja para tele-educação, tele-epidemiologia, ou telemonitoramento, substituindo as visitas domiciliares realizadas ou mediadas pelas ACS (Fernandez, Lotta e Corrêa, 2021; Maciel, *et al.*, 2020). Porém, ainda se faz necessário amadurecer como as ACS vão incorporar essas tecnologias, prezando para não cair no esvaziamento do cuidado pessoa-a-pessoa, considerando as desigualdades de acesso tecnológico, principalmente dos mais vulnerabilizados.

Tais lacunas são frutos das disputas e posições contrárias à escolarização da categoria, limitando a construção de um núcleo intelectual próprio da profissão que possa avançar nas formulações críticas sobre o campo e núcleo de atuação profissional com autonomia.

## Considerações Finais

Os enfrentamentos para garantia de formação adequada das ACS no Brasil estão em pleno vigor, tendo sido aprovado um novo Referencial Curricular Nacional em 2020, para formação técnica. Na ausência da efetivação desta agenda ao longo dos anos, e frente à expansão da oferta do ensino universitário, muitas ACS realizaram alguma graduação, sendo comum a escolha por cursos na área social e da saúde.

Este estudo revelou que as motivações para busca de formação em nível superior variaram entre melhorar sua atuação como ACS, garantindo novos aportes cognitivos para responderem às demandas que se apresentam no território; a reversão do cenário de deslegitimidade da categoria existente perante a sociedade e EqSF; e o desejo por mobilidade social garantindo melhor retorno financeiro no mercado de trabalho e a possibilidade de progressão na carreira.

Quanto às epistemologias que predominam nas práticas das ACS percebe-se que existe um saber popular que persiste como conhecimento válido e é valorizado na abordagem profissional mesmo após a formação acadêmica.

Núcleos de saber advindos das formações em serviço social, pedagogia, psicologia e enfermagem são considerados importantes para melhor atuação como ACS: educação popular, fundamentos biológicos para uma melhor abordagem educativa e preventiva em saúde, técnicas e saberes da psicologia para uma melhor escuta e autocuidado, assim como os fundamentos sociológicos, éticos e bioéticos para uma melhor abordagem das famílias e seus contextos.

É preciso amadurecer quais conhecimentos e práticas são nucleares às ACS, incluindo o debate sobre a incorporação das TIC no atual cenário da reestruturação produtiva. Assim, foi feito um exercício de delimitar este núcleo de saber e atuação profissional que não pode ser assumido com centralidade pelos demais membros da ESF, apontando a essencialidade do seu trabalho na ESF.

Frente às ameaças de extinção da profissão capitaneada por um setor da sociedade que atende aos interesses do mercado, torna-se urgente garantir uma

agenda de formação técnico-científica e histórico crítica para uma categoria ACS transformadora das realidades sociais cada vez mais precárias e desiguais no Brasil.

## REFERÊNCIAS

ABÍLIO, Ludmila C. Uberização: A era do trabalhador just-in-time? *Revista de Estudos Avançados*, São Paulo, v. 34, n. 98, p.111-126, 2020. DOI: 10.1590/s0103-4014.2020.3498.008.

ALKAYA, Sultan A.; YAMAN, Şengül; SIMONES, Joyce. Professional values and career choice of nursing students. *Nursing ethics*, v. 25, n. 2, p. 243-252, 2018. DOI:10.1177/0969733017707007.

ALONSO, Carolina M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, p. 14, 2018. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052000395.

BARROS, Aparecida S. X. Expansão da educação superior no Brasil: limites e possibilidades. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 36, nº. 131, p. 361-390, 2015. DOI: 10.1590/ES0101-7330201596208.

BATISTA, Karen; SOUTO, Bernardino G. A. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde na atenção a usuários de drogas. *ABCS Health Sciences*, v. 42, n. 3, p. 129-136, 2017. DOI: 10.7322/abcshs.v42i3.1072.

BORNSTEIN, Vera J. *et al. Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio*. 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26216>. Acesso em: 05 set. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 16 dez. 2016. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21295527/do1-2016-12-16-emenda-constitucional-n-95-21295459](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21295527/do1-2016-12-16-emenda-constitucional-n-95-21295459). Acesso em: 07 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 492, de 3 de abril de 2001a. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e Museologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, seção 1e, p. 50, 9 jul. 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001b. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, seção 1, p. 37, 9 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 1, de 15 de maio de 2006. Institui

Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, licenciatura. *Diário Oficial da União*, Brasília, seção 1, p. 11, 16 mai. 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 5, de 15 de março de 2011. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, seção 1, p. 19, 16 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf). Acesso em: 07 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel de indicadores da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2020a. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/acs> Acesso em: 10 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde – ACS: diretrizes e orientações para a formação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. 68 p.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 set 2017. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031). Acesso em: 07 set. 2021.

CABRAL, Juliana F.; GLERIANO, Josué S.; NASCIMENTO, Jakelline D. M. Perfil sociodemográfico e formação profissional de agentes comunitários de saúde. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, v. 8, n. 2(18), p. 193-209, 2019. DOI:10.33362/ries.v8i2.1537.

CABRAL, Thamiris M. N.; ALBUQUERQUE, Paulette C. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. *Saúde em debate*, v. 39, n. 104, p. 159-171, 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151040415.

CALDEIRA, Antônio P. *et al.* Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 8, p. 1965-1970, 2007. DOI: 0.1590/S0102-311X2007000800023.

CARMO, Liliane F. *et al.* Concentração de sódio e glicose em soro de reidratação oral preparado por agentes comunitários de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 2, p. 445-452, 2012. DOI:10.1590/S1413-81232012000200017.

CASTRO, Taís T. O.; ZUCKI, Fernanda. Capacitação do Agente Comunitário de Saúde na saúde auditiva infantil: perspectivas atuais. *In: CoDAS*. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v. 27, n. 6, p. 616-622, 2015. DOI: 10.1590/23171782/20152014223.

CHINELLI, Filippina; VIEIRA, Monica; SCHERER, Magda D. A. Trajetórias e subjetividades no trabalho de técnicos de enfermagem no Brasil. *Laboreal*, v. 15, n. 1, 2019. DOI: 10.4000/laboreal.1661.

COELHO, Jamilly G.; VASCONCELLOS, Luiz C. F.; DIAS, Elizabeth C. A formação de agentes comunitários de saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 2, p. 583-604. 2018. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00113.

CORIOLOANO, Maria W. L. *et al.* Repercussão de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde nas condições ambientais de domicílios de crianças asmáticas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 37, n. 3, p. 317-325, 2011. DOI: 10.1590/S1806-37132011000300007.

CORTEZ, Antônio C. L. *et al.* Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enfermagem Brasil*, v.18, n.5, p. 700-9, 2019. DOI: 10.33233/eb.v18i5.2785.

DA SILVA CARREIRO, Gamaliel; DA SILVA CARREIRO, Paula K.; SOUSA, Antônio P. O Programa Mais Médicos e seus impactos no mercado de trabalho médico do Brasil. *Revista de Políticas Públicas*, v. 25, n. 1, p. 414-427, 2021.

DA SILVEIRA, João. P. M.; ZONTA, Ronaldo. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da Covid-19 em Florianópolis. *APS em Revista*, v. 2, n. 2, p. 91-96, 2020. DOI:10.14295/aps.v2i2.122.

DE BARROS, Daniela F. *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010. DOI: 10.1590/S0104-07072010000100009.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. *Carta de repúdio às portarias GM/MS 958 e 959/2016*. 20 mai 2016. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/39669>. Acesso em: 07 set. 2021.

FREITAS, Lagerson M. *et al.* Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. *ABCS Health Sciences*, v. 40, n. 3, 2015. DOI: 10.7322/abcshs.v40i3.791

FERNANDES, Heloise C. L. *et al.* Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde?. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 3, p. 782-788, 2010. DOI: 10.1590/S0080-62342010000300033.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, jan./dez. 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00321

FERREIRA, Virgílio M.; RUIZ, Tania. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 5, p. 843-849, out. 2012. DOI: 10.1590/S0034-89102012000500011.

FONTAINHA, Fernando C. *et al.* *Processos seletivos para a contratação de servidores públicos: Brasil, o país dos concursos?* Rio de Janeiro: Direito Rio, 2014.

FONTANELLA, Bruno J. B.; RICAS, Janete; TURATO, Egberto R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100003.

FREIDSON, Eliot. *Professionalism reborn: Theory, prophecy, and policy*. University of Chicago Press, 1994.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

GOMES, Luciano B.; MERHY, Emerson E.; FERLA, Alcindo A. Subjetivação dos médicos cubanos: diferenciais do internacionalismo de Cuba no Programa Mais Médicos. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 3, p. 899-918, 2018. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00147

GUSSO, Gustavo D. F. *et al.* Bases para um novo sanitarismo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 36, 2015. DOI:10.5712/rbmfc10(36)1056.

IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. Esboço de uma interpretação histórico/metodológica. 10. ed. São Paulo: Cortez/CELATS, 1995.

JESINE, Edineide. A concepção de emancipação em Paulo Freire para uma leitura de acesso à educação superior. *Revista da Faculdade de Educação*. (Univ. do Estado de Mato Grosso), v. 25, n. 14, p. 15-34, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/ppgedu/article/view/3938/3131>. Acesso em: 07 set. 2021.

JUNGES, José R. *et al.* Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 4327-4335, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011001200005.

KNOCHENHAUER, Carla C. L. S.; VIANNA, Karina M. P. Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos agravos fonoaudiológicos. *In: CoDAS*.

Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v. 28, n. 6, 2016. p. 697-703. DOI: 10.1590/23171782/20162015192.

LARSON MAGALI, Sarfatti. *The rise of professionalism: A sociological analysis*. Berkeley: University of California Press., 1977.

LIMA, Juliana G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em debate*, v. 42, n. spe. 1, p. 52-66, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S104

LUZ, Madel T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, pp. 13-43, 1997. DOI: 10.1590/S0103-73311997000100002.

MACHADO, Maria H. *et al.* Mercado de trabalho e processos regulatórios— a Enfermagem no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 101-112, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232020251.27552019.

MACIAZEKI-GOMES, Rita C *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015215.17112015.

MACIEL, Fernanda B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, Supl. 2, p. 4185-4195, 2020. DOI: 10.1590/1413812320202510.2.28102020.

MARQUES, Rosa; XIMENES, Salomão B.; UGINO, Camila K. Governos Lula e Dilma em matéria de seguridade social e acesso à educação superior. *Brazilian Journal of Political Economy*, v. 38, n. 3, p. 526-547, jul./set. 2018. DOI: 10.1590/0101-35172018-2784.

MOTA, Roberta R. A.; DAVID, Helena M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho?. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 8, n. 2, p. 229-248, out. 2010. DOI:10.1590/S1981-77462010000200004

MÉLLO, Livia M. B. D. *et al.* Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, n. Supl. 1, p. e210306, 2021. DOI: 10.1590/interface.210306.

MIALHE, Fábio L.; LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana M. C. O agente comunitário de saúde e suas práticas educativas em saúde bucal: uma avaliação quali-quantitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4425-4432, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011001200015.

MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8.ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MOROSINI, Márcia V.; FONSECA, Angélica F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em debate*, v. 42, n. spe. 1, p. 261-274, 2018. DOI:10.1590/0103-11042018S117.

MOURA, Raul F. S.; SILVA, Carlos R. C. Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 35, n. 1, p. 199-210, 2015. DOI:10.1590/1982-3703001832013.

MUSSE, Juliana O. *et al.* Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.2, p. 525-536, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015202.01212014.

NOGUEIRA, Mariana L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 3, p. 309-323, 2019. DOI: 10.1590/S0104-12902019180783.

NOGUEIRA, Mariana L.; BARBOSA, Ieda C. Programa de Capacitação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde: quando a formação profissional se torna mais uma ameaça ao SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16, n. 2, p. 402-406, 2018. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00135.

NOGUEIRA, Mariana L.; SILVA, Letícia B. Formação profissionalizante dos agentes comunitários de saúde: caminho para o fortalecimento da atenção primária à saúde no SUS. In: MARTELETO, Regina M.; DAVID, Helena M. S. L. (org.). *Cultura, conhecimento e mediação de saberes em saúde: diálogos da informação e da educação popular*. Rio de Janeiro: IBICT, 2021, p. 157-181.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Crise das utopias e as quatro justiças: ecologias, epistemologias e emancipação social para reinventar a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4449-4458, dez. 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182412.25292019

ROCHA, Gustavo S. S. *et al.* Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 7, p. 1483-1496, jul. 2015. DOI: 10.1590/0102311X00112414.

RODRIGUES, Maria L. *Sociologia das Profissões*. 2 ed. Oeiras: Celta Editora, 2002.

SAFFER, Denis A.; BARONE, Luciana R. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 813-833, 2017. DOI: 10.1590/S0103-73312017000300022.

SANTOS, Karine S. *et al.* O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 655-664, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020252.12302018.

SCHEFFER, Mário; BAHIA, Lígia. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. *Saúde em debate*, v. 37, n. 96, p. 96-103, jan./mar. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GdsJWTgPMp4hJdkfjCpBgGC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

SILVA, Fabiana F. O conhecimento produzido pelos programas de pós-graduação em administração nas universidades pernambucanas: análise da produção acadêmica à luz do profissionalismo de Eliot Freidson. *RACE*, v. 16, n. 1, p. 147-174, 2017. DOI: 10.18593/race.v16i1.10594.

SILVA FILHO, Analdino P.; BARBOSA, Jonei C. O potencial de um estudo piloto na pesquisa qualitativa (The potential of a pilot study in qualitative research). *Revista Eletrônica de Educação*, v. 13, n. 3, p. 1135-1155, 2019. DOI: 10.14244/198271992697.

SILVA, Joana A. *O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?* 2001. 231f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, Thais L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Saúde em debate*, v. 44, n. 124, p. pp. 58-69, 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012404.

SIMAS, Paloma R. P.; PINTO, Isabela C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1865-1876, 2017. DOI:10.1590/1413-81232017226.01532017.

SOUZA, Lorena P.; PASSOS, Luana; FERREIRA, Rosilda A. Segregação no acesso ao ensino superior no Brasil: perfil dos ingressantes. *Revista de Educação, Ciência e Cultura*, v. 25, n. 2, p. 157-172, 2020. DOI: 10.18316/recc.v25i2.5711.

STEIN, Ernildo. Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre método e filosofia. In: HABERMAS, Jürgen. *Dialética e Hermenêutica*. São Paulo: L&PM, 1987, p.98-134.

SUPERTI, Eliane; SILVA, Brígida T. F.; NOVAIS, Valéria S. M. Public Universities in Brazil: Between the Social Institution and the Service Provider Organization. *Research on Humanities and Social Sciences*, v. 10, n. 24, p. 1-9, 2020. DOI: 10.7176/RHSS/10-24-01.

TANIGUCHI, Talita G. *(Des) enCAPSulando: os agentes comunitários de saúde e o cuidado da pessoa com transtorno mental*. 2018. 143f. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. DOI: 10.11606/D.6.2018.tde-18102018-083105.

TERRA, Lilian S. V. *et al.* Análise da experiência de médicos cubanos numa metrópole brasileira segundo o Método Paideia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2825-2836, set. 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015219.15312016

TRAD, Leny A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. DOI: 10.1590/S0103-73312009000300013.

TREVISOL, Joviles V.; NIEROTKA, Rosileia L. Os jovens das camadas populares na universidade pública: acesso e permanência. *Revista Katálysis*, v. 19, n. 1, p. 22-32, jan./jun. 2016. DOI: 10.1590/1414-49802016.00100003

VIDAL, Selma V.; GOMES, Andréia P.; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Bioética e Estratégia Saúde da Família: a perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde. *APS EM REVISTA*, v. 3, n. 1, p. 39-47, 2021. DOI: 10.14295/aps.v3i1.134

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977

WAIDMAN, Maria A. P.; COSTA, Bruna; PAIANO, Marcelle. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 5, p. 1170-1177, 2012. DOI: 10.1590/S0080-62342012000500019.

WERMELINGER, Mônica C. M. W. *et al.* A formação do técnico em enfermagem: perfil de qualificação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 67-78, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232020251.27652019

YAZBEK, Maria C. O significado sócio-histórico da profissão. *In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Org). Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a. p. 1-21.

YAZBEK, Maria C. Os fundamentos históricos e teórico--metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. *In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Org). Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009b. p.1-28.

YUNES, Maria A. M.; MENDES, N. F.; ALBUQUERQUE, Beatriz M. Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 14, n. spe.1, p. 24-31, 2005. DOI: 10.1590/S0104-07072005000500003.

## 5 CONCLUSÃO

A profissionalização dos/as ACSs está intrinsecamente relacionada às disputas de projetos societários, permeada por contradições e possibilidades, com tendência de expansão desses trabalhadores nos vários sistemas de saúde do mundo.

A pandemia do novo coronavírus reposicionou a importância dos/as ACS na garantia de uma APS integral e abrangente, de base comunitária, integrada à vigilância ativa e à proteção social abrangente, o que não é a realidade de países com baixa e média renda. Nesses contextos, existe uma grande distância entre o ideal e o real expressa na grande quantidade de atribuições, que deveriam ser executadas por equipes interprofissionais, não garantidas pelos sistemas de saúde. Somam-se a isso as relações precárias de trabalho e a insuficiência da formação, o que revela que os/as ACS fazem parte de uma estratégia de APS seletiva em muitos países.

Países com sistemas universais de saúde como Reino Unido e Canadá têm ampliado acesso e equidade a partir dos ACS, apontando que, para uma APS ainda mais abrangente, podem-se incluir, cada vez mais, sujeitos culturalmente apropriados no sistema.

Apesar de parte importante dos/as ACS realizar algumas atribuições clínicas e de apoio diagnóstico, em substituição aos outros profissionais inexistentes, a revisão de escopo realizada no contexto da pandemia revelou que nenhum dos países estudados atribuiu a esses profissionais a realização de testes para Covid-19, aferição de temperatura e oximetria. Tal achado, por um lado, reafirma a centralidade das práticas no cuidado não biomédico, baseado na educação, promoção da saúde, articulação intra e intersetorial; por outro lado, a ausência de insumos e formação específica que os qualifique para isso.

ACS com currículo próprio de formação em nível superior foram encontrados no Equador e no Irã, o que precisa ser estudado para ajudar a responder o dilema brasileiro de uma categoria que já tem mais de 12% do seu efetivo com alguma graduação, em âmbito nacional, chegando, em alguns municípios, a mais de 30% dos/as ACS com nível superior.

Esta tese identificou que, no Brasil, a motivação de ACS para a busca de formação de nível superior varia entre garantir mobilidade social, com melhor retorno

financeiro e prestígio social, e melhorar a atuação como ACS considerando os saberes e práticas previstas em profissões correlatas.

Tal dilema precisa ser encarado com mais formação e não menos formação, a partir de um currículo interdisciplinar que valorize o mundo do trabalho como ponto de partida para pensar ensino, pesquisa e extensão, sem esvaziá-lo de fundamentos do campo das ciências biológicas, mas principalmente de teoria social, política e pedagógica necessária para uma leitura apropriada da realidade e sua projeção transformadora.

Considera-se que esta tese pode contribuir para que a categoria se aproprie e esteja atenta às disputas epistemológicas necessárias para ampliar vínculos comunitários, promover o resgate e a valorização da cultura e dos saberes tradicionais de cuidado, ao mesmo tempo que aumentem a resolutividade da atenção à saúde, num país com crescente número de pessoas em situação de insegurança alimentar, desemprego, sem acesso à moradia e a direitos elementares – portanto, mais adoecidas.

Essa possibilidade encontra obstáculos nas dificuldades de acesso das camadas populares ao conhecimento, ao pensamento crítico, consequência do projeto neoliberal, que investe na concentração de renda e na exclusão social.

A partir dos resultados, pode-se dizer que a categoria, ao priorizar as lutas econômicas no campo sindical, deixa de lado proposições de instrumentos organizativos novos como associações de ensino e pesquisa, tal qual acontece no caso das profissões de nível superior na saúde.

Ao mesmo tempo, percebe-se a ausência de formulações quanto ao seu papel social e político na construção de um outro projeto societário como acontece, com clareza, no serviço social brasileiro a partir do projeto ético-político da profissão. Tal fato é retrato e consequência do projeto neoliberal que envolve indivíduo e coletivo, comunidade e país, dificultando a reflexão e a luta por um país soberano, social e economicamente justo.

Assim, o estudo da profissionalização das ACS, considerando o olhar de sujeitos da própria categoria que cursaram enfermagem, pedagogia, psicologia e serviço social, pretendeu ser um pontapé para a sistematização de conhecimentos em torno de questões ainda pouco estudadas sobre os/as ACS no Brasil.

Agendas para futuras pesquisas foram entendidas como lacunas na literatura, ao longo da construção desta tese: 1) especificidades de ACS atuantes

em territórios rurais, quilombolas, indígenas, de grandes e pequenas cidades; 2) diferenças culturais entre as regiões brasileiras e implicações nas práticas e legitimidade dos/as ACS; 3) formação religiosa dos/as ACS e as epistemologias comunitárias dominantes.

Por fim, na contramão da atual política brasileira que ameaça extinguir os/as ACS do SUS, que promove o desmonte de políticas sociais, precariza e desregulamenta direitos trabalhistas, nega a ciência, o pensamento crítico, a ética e a saúde como direito, espera-se que este estudo possa contribuir como subsídio teórico aos gestores, trabalhadores, pesquisadores implicados com a transformação social a partir de uma perspectiva ampliada de saúde. Como diz o poeta: “Para os que virão. Os que virão serão povo, e saber serão, lutando”.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. *et al.* Combate à Covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 663-677, jul./ago. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

ALMEIDA-FILHO, N. Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. *In*: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Tolêdo (org.). **Principais Elementos**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 214-225. Disponível em: [https://www.cnte.org.br/images/stories/2021/2021\\_02\\_16\\_almeida\\_filho\\_pandemia\\_conass\\_opas.pdf](https://www.cnte.org.br/images/stories/2021/2021_02_16_almeida_filho_pandemia_conass_opas.pdf). Acesso em: 10 out. 2021.

ALVARENGA, A. A. *et al.* Desafios do Estado brasileiro diante da pandemia de Covid-19: o caso da paradiplomacia maranhense. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. e00155720, jan. 2021.

ANDRADE, D. R. *et al.* Conhecimento do agente comunitário de saúde acerca da amamentação. **Enfermagem Brasil**, Petrolina, v. 20, n. 4, p. 506-519, 2021.

ANJOS, K. F.; SANTA ROSA, D. O. Demandas do envelhecimento para enfermeiro, agente comunitário de saúde e cuidador familiar pelo cuidado de idosos dependentes. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 15, n. 1, p. 1-20, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246170/38075>. Acesso em: 18 jun. 2021.

ASSIS, A. S.; CASTRO-SILVA, C. R. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280308>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pdwWSpCYhfkfj9qbxP3RTZr/?lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2021.

BAHIA, L. *et al.* Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184516>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dxGxwn5575gnZgzY4srgWYj/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00067218>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/W7zxfv588XxhKQ7JJ8dGVKD/?lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2021.

BARBOSA, M. L.; CELINO, S. D. M.; COSTA, G. M. C. A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1101-1108, 2015.

BARDI, G. *et al.* Pandemia, desigualdade social e necropolítica no Brasil: reflexões a partir da terapia ocupacional social. **Revisbrato**: revista interinstitucional brasileira de terapia ocupacional, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 496-508, 2020.

BARRETO JÚNIOR, W. D. *et al.* Impacto das decisões das autoridades públicas na vida e na morte da população: Covid-19 no Brasil. **Social Science Journal**, Greenwich, 2021. No prelo. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2182>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 114-129, 2018. Edição especial.

BARROS, F. P. C.; NEGRI FILHO, A. Universal health coverage. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1333-1333, 2015.

BARROS, R. D. **Nova regra de transferência dos blocos de financiamento**: o que muda de fato? Salvador: Observatório de Análise Política em Saúde, 2018. Disponível em: <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/quem-somos/apresentacao>. Acesso em: 31 jan. 2018.

BATISTA, K.; SOUTO, B. G. A. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde na atenção a usuários de drogas. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 42, n. 3, p. 129-136, 2017.

BISPO, J. P.; MORAIS, M. B. Participação comunitária no enfrentamento da Covid-19: entre o utilitarismo e a justiça social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151620>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gfHzmD7Cr4DvMmHQzkqycJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021.

BOLORINO, N. *et al.* Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde para as ações de controle da hanseníase: um protocolo de revisão de escopo. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 9, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.8092>. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/345027359\\_Atuacao\\_dos\\_Agentes\\_Comunitarios\\_de\\_Saude\\_para\\_as\\_acoes\\_de\\_controle\\_da\\_hanseniose\\_um\\_protocolo\\_de\\_revisao\\_de\\_escopo](https://www.researchgate.net/publication/345027359_Atuacao_dos_Agentes_Comunitarios_de_Saude_para_as_acoes_de_controle_da_hanseniose_um_protocolo_de_revisao_de_escopo). Acesso em: 15 set. 2021.

BORBA, M. N. *et al.* Itinerário jurídico-administrativo das novas profissões de saúde no Brasil. In: AITH, F. *et al.* (org.). **Regulação de profissões de saúde no Brasil e**

**em perspectiva comparada.** São Paulo: Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa), 2020. p. 11-33.

BORNSTEIN, V. J. *et al.* (org.). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde:** textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-128, 2014.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008.

BOURDIEU, P. **La noblesse d'État:** grandes écoles et esprit de corps. Paris: Minuit, 1989.

BRASIL, C. C. P. *et al.* Percepções de profissionais sobre o agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 109-118, 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União.** Brasília: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. **Lei 13.467, de 13 de julho de 2017.** Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília: Presidência da República, [2017a]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm). Acesso em: 28 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos.** 3. ed. Brasília: Ministério da Educação, 2016b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CEB n. 19 de 8 de julho de 2004.** Proposta de habilitação técnica para a profissão de agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Educação, 2004. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=14420-pceb019-04&category\\_slug=outubro-2013-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=14420-pceb019-04&category_slug=outubro-2013-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 22 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES n. 492, de 3 de abril de 2001.** Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia,

Arquivologia e Museologia. Brasília: Ministério da Educação, 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0492.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES n. 15, de 13 de março de 2002**. Estabelece as Diretrizes curriculares para os cursos de serviço social. Brasília: Ministério da Educação, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001**. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES n. 8, de 15 de março de 2011**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Brasília: Ministério da Educação, 2011. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&Itemid=30192#:~:text=Institui%20as%20Diretrizes%20Curriculares%20Nacionais,Forma%C3%A7%C3%A3o%20de%20Professores%20de%20Psicologia](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&Itemid=30192#:~:text=Institui%20as%20Diretrizes%20Curriculares%20Nacionais,Forma%C3%A7%C3%A3o%20de%20Professores%20de%20Psicologia). Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (Covid-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 83, de 10 de janeiro de 2018**. Institui o Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS), para oferta de curso de formação técnica em enfermagem para agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE) no âmbito do SUS, para o biênio de 2018-2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0083\\_12\\_01\\_2018.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0083_12_01_2018.html). Acesso em: 13 jan. 2018.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n. 6.437, de 8 de novembro de 2016**. Propõe alterar a Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atribuições das profissões do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias, ampliar o grau de formação profissional, e estabelecer as condições e tecnologias necessárias para a implantação dos cursos de aprimoramento dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília: Câmara dos Deputados, 8 nov. 2016a.

BRASIL. Senado Federal. **Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia**: instituída pelos requerimentos nos 1.371 e 1.372, de 2021. Brasília: Senado Federal, 2021c. 1289 p. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/ao-vivo/cpi-da-pandemia>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRAUN, R. *et al.* Community health workers and mobile technology: a systematic review of the literature. **PloS One**, San Francisco, v. 8, n. 6, 2013. DOI: 10.1371/journal.pone.0065772. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23776544/>. Acesso em: 12 ago. 2021.

BRAVO, M. I.; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

CABRAL, J. F.; GLERIANO, J. S.; NASCIMENTO, J. D. M. Perfil sociodemográfico e formação profissional de agentes comunitários de saúde. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v. 8, n. 2, p. 193-209, 2019.

CAMPELLO, T. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 54-66, 2018. Edição especial.

CAMPOS, G. W. S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 01-05, 2020.

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00298>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/QL8wS8krxQ8p8qgjxqrP87D/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

CARR-SAUNDERS, A. M.; WILSON, P. A. **The Professions**. Londres: Frank Cass, 1933. 536 p.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CARVALHO, K. P. As conexões entre o sistema alimentar dominante e a covid-19: desafios à Segurança Alimentar e Nutricional no tempo presente e após. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 28, 2021. DOI: <https://doi.org/10.20396/san.v28i00.8661416>. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8661416>. Acesso em: 10 dez. 2021.

CASSIOLATO, J. E.; FALCÓN, M. L.; SZAPIRO, M. Novas tecnologias digitais, financeirização e pandemia Covid-19: transformações na dinâmica global produtiva, no papel do Estado e impactos sobre o CEIS. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 28, p. 51-86, 2021.

CASTRO, A. B.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *In*: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. cap. 2, p. 73-93.

CHEN, X. *et al.* Validity of using mobile phone surveys to evaluate community health worker program in Mali. **BMC Medical Research Methodology**, Germany, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2021.

COALIZÃO SAÚDE. **Coalizão Saúde Brasil 2018**: caderno de propostas. [São Paulo]: Coalizão Saúde, 2018. Disponível em: [http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/10/ICOS\\_Proposta\\_V11\\_final\\_baixa.pdf](http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/10/ICOS_Proposta_V11_final_baixa.pdf). Acesso em: 23 mar. 2019.

COMETTO, G. *et al.* Health policy and system support to optimise community health worker programmes: an abridged WHO guideline. **The Lancet Global Health**, London, v. 6, n. 12, p. e1397-e1404, 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Reformulação do papel dos agentes comunitários de saúde na Atenção Básica**: relatório preliminar do V Fórum Nacional da Conacs. Goiânia: Conacs, 2015.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO (Brasil). **Nota da CNTE sobre o Projeto de Lei n. 6.847/2017, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de pedagogo/a**. [Brasília]: CNTE, 2017. Disponível em: <https://www.cnte.org.br/images/stories/2017/Nota%20CNTE%20-%20PL%206847%20Conselho%20Pedagogia.pdf>. Acesso em: 30 set. 2021.

CONILL, E. M. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 4, p. 01-13, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **CONASS Debate. Caminhos da Saúde no Brasil**. Brasília: CONASS, 2014. 100 p.

CORIOLOANO, M. W. L. *et al.* Repercussão de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde nas condições ambientais de domicílios de crianças asmáticas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 37, n. 3, p. 317-325, 2011.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 1924-1926, out. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE011013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/F5vfm6dCsVbm9qfngypZ54t/?lang=pt#:~:text=Freqüentemente%20h%C3%A1%20tamb%C3%A9m%20escassez%20de,d%C3%A9bil%20desenvolvimento%20da%20carreira%202>. Acesso em: 14 maio 2021.

DANTAS, D. N. A. *et al.* Ações do agente comunitário de saúde no diagnóstico da tuberculose pulmonar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, p. 980-994, 2011. Edição especial.

DENZIN, N. K. **The Research Act**: a theoretical introduction to sociological methods. New York: Routledge, 1978.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

SCOREL S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 12-14, 2018. Edição especial.

FERNANDES, H. C. L. *et al.* Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 782-788, 2010.

FIGUEIREDO, C. Ex-coordenador do Mais Médicos relativiza entusiasmo do governo com último edital. **Brasil de Fato**, São Paulo, 14 fev. 2019, 17:03. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/02/14/ex-coordenador-do-mais-medicos-relativiza-entusiasmo-do-governo-com-ultimo-edital>. Acesso em: 18 fev. 2020.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Tradução: Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLOSS, M. *et al.* Cronologia do “tratamento precoce” para Covid-19 no Brasil: desinformação e comunicação do Ministério da Saúde”. **E-compos**, 2021. No prelo. DOI: <https://doi.org/10.33767/osf.io/kgm65>. Disponível em: <https://mediarxiv.org/kgm65/>. Acesso em:

FRANZONI, J. M. **Regímenes de Bienestar en América Latina**. Madri: Fundación Carolina, 2007. (Documento de trabajo n. 11).

FREIDSON, E. **Professionalism Reborn**. Theory, Prophecy and Policy. Cambridge: Polity Press, 1994.

FREITAS, L. M. *et al.* Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 171-177, 2015.

FRENTE PELA VIDA. **Plano Nacional de Enfrentamento a pandemia de Covid-19**. [Brasília]: Frente pela Vida, 2020. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/>. Acesso em: 15 set. 2021.

FUJITA, D. M. *et al.* Increase of immigrants in emerging countries: free public healthcare and vaccination as preventive measures in Brazil. **Cadernos de Saúde**

**Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00228118. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/53GLK3wvNPrpdhkX6jwKLZw/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 7 jun. 2020.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1991.

GADELHA, C. A. G; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 46, p. 13-20, 2012. Supl.

GADELHA, C. G. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde 4.0: por uma visão integrada do desenvolvimento econômico, social e ambiental. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 28, p. 25-49, jan./abr. 2021. Disponível em:  
<https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/CEIS%204.0%20no%20contexto%20da%20Covid-19%20-%20Cadernos%20do%20Desenvolvimento.pdf#page=26>. Acesso em: 10. nov. 2021.

GILMORE, B.; MCAULIFFE, E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. **BMC Public Health**, London, n. 13, p. 847, 2013.

GIOVANELLA, L. *et al.* A atenção primária à saúde integral é parte da resposta à pandemia de Covid-19 na América Latina? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBJmsMrfwhkdJrL/abstract/?lang=es>. Acesso em: 12 set. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 161-176, 2021. Edição especial.

GIRARDI, S. N.; FERNANDES JÚNIOR, H.; CARVALHO, C. L. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 1-21, 2000.

GUIMARÃES, K. Novos planos de saúde no mercado: acessíveis para quem? **EPSJV/Fiocruz**, Rio de Janeiro, 17 mar. 2017, 12:13. Disponível em:  
<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/novos-planos-de-saude-no-mercado-acessiveis-para-quem>. Acesso em: 10 mar. 2019.

GUIMARÃES, S. P. Dois projetos para o Brasil continuarão a se confrontar. **Viomundo**, São Paulo, 10 nov. 2018, 14:19. Disponível em:  
<https://www.viomundo.com.br/voce-escreve/samuel-pinheiro-guimaraes-dois-projetos-para-o-brasil-continuarao-a-se-confrontar.html>. Acesso em: 2 abr. 2019.

GYARAMATI, G. K. The doctrine of the profession: basis of a power structure. **International Social Science Journal**, Baltimore, v. 27, n. 4, p. 629-654, 1975.

HANNAY, J.; HEROUX, J. **Agentes Comunitários de Saúde e uma cultura de saúde**: lições dos EUA e modelos globais - um relatório de aprendizagem. Nova Jersey: Fundação Robert Wood Johnson, 2016. Disponível em: <https://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2016/rwjf430963>. Acesso em: 30 mar. 2019.

HARRIS, M. J.; HAINES, A. The potential contribution of community health workers to improving health outcomes in UK primary care. **Journal of the Royal Society of Medicine**, London, v. 105, n. 8, p. 330-335, 2012. DOI: 10.1258/jrsm.2012.120047. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1258/jrsm.2012.120047>. Acesso em: 28 jan. 2020.

HARZHEIM, E. *et al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 5, p. 156, 2006.

HAUC, S. C. *et al.* Scoping Review to Identify Potential Solutions to Challenges Faced by Village Health Workers in Bhutan. **Indian Journal of Public Health Research & Development**, Noida, v. 12, n. 3, p. 486-493, 2021.

HAUG, M. R. Deprofessionalization: an alternate hypothesis for the future. *In*: HALMOS, P. (org.). **The Sociological Review Monograph ("Professionalization and Social Change")**. Keele: University of Keele, 1973.

HENDERSON, S.; KENDALL, E. 'Community navigators': making a difference by promoting health in culturally and linguistically diverse (CALD) communities in Logan, Queensland. **Australian Journal of Primary Health**, Sydney, v. 17, n. 4, p. 347-54, 2011.

HESLER, L. Z. *et al.* Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, p. 180-186, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MWVvc63psXP36k7CKSP4YSzp/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2021.

HUANG, W. *et al.* Delivery of public health services by community health workers (CHWs) in primary health care settings in China: a systematic review (1996–2016). **Global Health Research and Policy**, Bethesda, v. 3, n. 1, p. 1-29, 2018.

HUGHES, E. C. **The Sociological Eye**: Selected Papers. Chicago: Aldine-Atherton, 1971.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. Esboço de uma interpretação histórico/metodológica. 10. ed. São Paulo: Cortez: Celats, 1995.

JOHNSON, T. J. **Professions and Power**. London: Macmillan, 1972.

JUBILUT, L. L.; SANTOS, C. S.; PUCCINELLI, S. M. M. A Covid-19 como Desastre a partir da perspectiva do Direito Humanitário. **Revista de Direito**, Viçosa, v. 13, n. 03, p. 01-28, 2021.

KEMPER, E. S. **Programa Mais Médicos**: contribuições para o fortalecimento da atenção primária à saúde. 2016. 158 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

LACAZ, F. A. C. A (Contra)Reforma Trabalhista: lei 13.467/2017, um descalabro para a Saúde dos Trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 680, mar. 2019.

LARSON, M. S. **The Rise of Professionalism**. A Sociological Analysis. Berkeley: University of California Press, 1977.

LIMA, L. D.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. Médicos, política e sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237418>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MdjXgd7dJdKkqx Cz3YXkJ9y/?lang=en>. Acesso em: 8 maio 2021.

LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 1749-1758, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XjNS8hpxZmYNNHks363rZVb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2020.

LOPEZ-LEON, S. *et al.* More than 50 Long-term effects of Covid-19: a systematic review and meta-analysis. **Health Science Journal**, London, v. 13, n. 1154, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.27.21250617v1.full-text>. Acesso em: 9 jun. 2021.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, 2017. Supl. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJHKCCZW8qQdvz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2020.

MACHADO, H. S. V.; MELO, E. A.; PAULA, L. G. N. de. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068419>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n11/e00068419/pt/>. Acesso em: 22 abr. 2021.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, jun. 2018.

MACIAZEKI-GOMES, R. C. *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, maio 2016.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4185-4195, 2020. Supl.

MAEDA, J. M.; NKENGASONG, J. N. The puzzle of the Covid-19 pandemic in Africa. **Science**, Pensilvânia, v. 371, n. 6524, p. 27-28, 2021.

MALLARI, E. *et al.* Connecting communities to primary care: a qualitative study on the roles, motivations and lived experiences of community health workers in the Philippines. **BMC Health Services Research**, London, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2020.

MARINS, M. T. *et al.* Auxílio Emergencial em tempos de pandemia. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 669-692, maio/ago. 2021.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Ser social: estado, democracia e saúde**, Brasília, v. 22, n. 46, p. 9-32, 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

MONTEIRO, A. C. D. **Problemas e dilemas éticos vivenciados pelo agente comunitário de saúde em seu processo de trabalho**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/31390>. Acesso em: 8 nov. 2021.

MORAIS, H. M. M.; OLIVEIRA, R. S.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4479-4488, 2019.

MORAIS, S. P. Covid-19 no pior dos mundos: Brasil: 2020. *In*: LUCENA, Carlos; PREVITALI, Fabiane; BRETTAS, Anderson (org.). **Pandemia Covid-19: a distopia do século XXI**. Uberlândia: Navegando, 2020. p. 53-64. Disponível em: <http://www.historiaypresente.com/hyp/wp-content/uploads/2021/01/Pandemia-Covid19.pdf#page=53>. Acesso em: 10 nov. 2021.

MOREIRA, T. N. F. *et al.* A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 814-827, jul./set. 2014.

MOROSINI, M. V. *et al.* **Educação e trabalho em disputa no SUS**: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Configurações do Trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. *In*: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. cap. 13, p. 369-405.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-248, out. 2010.

MOURA, R. F. S.; CASTRO-SILVA, C. R. Saúde mental na atenção básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. **Psicologia, ciência prof.**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 199-210, 2015.

MUSSE, J. O. *et al.* Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 525-536, fev. 2015.

NAJAFIZADA, S. A. *et al.* Community health workers in Canada and other high-income countries: A scoping review and research gaps. **Canadian Journal of Public Health**, Montreal, v. 106, n. 3, p. e157-e164, 2015.

NEVES, J. **Seria o fim dos agentes de saúde?** Especialistas questionam se o Profags não colocaria em risco a carreira de ACS e ACE. Rio de Janeiro: EPSJV, 2018. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/seria-o-fim-dos-agentes-de-saude>. Acesso em: 17 jan. 2018.

NOGUEIRA, M. L. **O processo histórico da Confederação Nacional dos agentes comunitários de saúde**: trabalho, educação e consciência política coletiva. 2017. 541f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

NOGUEIRA, M. L.; SILVA, L. B. Formação profissionalizante dos agentes comunitários de saúde: caminho para o fortalecimento da atenção primária à saúde no SUS. *In*: MARTELETO, R. M.; DAVID, H. M. S. L. (org.). **Cultura, conhecimento e mediação de saberes em saúde**: diálogos da informação e da educação popular. Rio de Janeiro: IBICT, 2021. p. 157-181.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847-849, maio 2013.

OLIVEIRA, J. T. C. *et al.* “A fome e a raiva (e o vírus) é coisas dos home”: reflexões sobre participação social em tempos de Covid-19. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 34, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e200183>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/7h6qDhWr9q88d34kSGq7Dkf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Classificação Internacional Padrão de Ocupações 2008 (ISCO-08)**: estrutura, definições de grupo e tabelas de correspondência. Genebra: OIT, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global sobre recursos humanos para a saúde**: força de trabalho 2030. Genebra: OMS, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretriz da OMS sobre política de saúde e apoio do sistema para otimizar programas comunitários de trabalhadores de saúde**. Genebra: OMS, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Alma-Ata, URSS: OMS, 12 de setembro de 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Relatório Mundial de Saúde. Genebra: OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia para Acesso Universal e Cobertura Universal em Saúde**. 53º Conselho Diretivo (CD53/5, Rev. 2). Washington: OPAS, out. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos no Brasil**. Panorama da Produção Científica. Brasília: OPAS, 2017.

OUR WORLD IN DATA. **Coronavirus Pandemic (Covid-19)**. [England]: OWD, 2021. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Acesso em: 15 out. 2021.

PACHECO, K. C. F.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. A construção de objeto de aprendizagem sobre doenças transmissíveis para agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0073>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/XTfGM5vftVtTsx5BSjwszZq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

PARADEISE, C. Les professions comme marchés du travail fermés. **Sociologie et Sociétés**, Québec, v. 20, n. 2, 1988. DOI: <https://doi.org/10.7202/001543ar>.

Disponível em: <https://www.erudit.org/fr/revues/socsoc/1988-v20-n2-socsoc96/001543ar/>. Acesso em: 21 dez. 2020.

PARE TOE, L.; SAMUELSEN, H. Balancing professional autonomy and authority at the margins of a fragile state: Front-line health workers' experiences in Burkina Faso. **Global Public Health**, London, v. 16, n. 7, p. 1099-1110, 2021.

PASQUALOTO, A. S. *et al.* Implementação de ações em reabilitação a médio e a longo prazo para pacientes com Síndrome Pós-Covid-19: uma realidade emergente. **Saúde**, Santa Maria, v. 47, n. 1, 2021. DOI: 10.5902/2236583465677. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/65677/pdf>. Acesso em: 4 maio 2020.

PAULO NETTO, J. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 1999.

PEKELMAN, R. O agente comunitário de saúde se (trans)escreve. **Saúde em Redes**, Manaus, v. 2, n. 4, p. 418-432, 2017.

PERRY, H. (ed.). **Health for the people: national community health worker programs from Afghanistan to Zimbabwe**. Washington: Usaid, 2020.

PERRY, H.; CRIGLER, L. (ed.). **A brief history of community health worker programs**. Developing and strengthening community health worker programs at scale: a reference guide and case studies for program managers and policymakers. Washington: Usaid: MCHIP, 2013. Disponível em: [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/pa00jxwd.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pa00jxwd.pdf). Acesso em: 18 fev. 2021.

PERRY, H.; ZULLIGER, R.; ROGERS, M. M. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, v. 35, p. 399-421, 2014. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182354. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24387091/>. Acesso em: 11 mar. 2021.

PINTO, I. C. M. *et al.* **Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil**. Relatório de Pesquisa. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2015.

PRADO, N. M. B. L. *et al.* Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da Covid-19: contribuições para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 2843-2857, jul. 2021.

PRESTON, A. *et al.* Involving community health workers in disease-specific interventions: perspectives from The Gambia on the impact of this approach. **Journal of Global Health Reports**, Edinburgh, v. 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.29392/joghr.3.e2019084>. Disponível em: <https://eprints.whiterose.ac.uk/160779/>. Acesso em: 8 nov. 2021.

QUEIRÓS, A. A. L. **A prática dos agentes comunitários de saúde na América Latina: origem, contradições e desafios para o cuidado em saúde no começo do século XXI.** 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 257-281, 2012.

RACHE, B. *et al.* **Pressões Orçamentárias da Saúde para 2021 e Além.** São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2021. (Nota técnica, n. 22.)

RAMOS, M. N. *et al.* **Processo de Trabalho dos técnicos em saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências.** Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017.

REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS (Brasil). **Manifestação da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) sobre o “Programa Saúde com Agente”.** Manifesto de 3 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. Disponível em: [https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/2020\\_Manifesta%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica%20Programa%20Sa%C3%BAde%20com%20Agente.pdf](https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/2020_Manifesta%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica%20Programa%20Sa%C3%BAde%20com%20Agente.pdf). Acesso em: 20 jun. 2021.

REDE PENSSAN. **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil.** Rio de Janeiro: Rede Penssan, 2021. Disponível em: [http://olheparaafome.com.br/VIGISAN\\_Inseguranca\\_alimentar.pdf](http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf). Acesso em: 20 out. 2021.

REZENDE, M. A. **Caminhos do Cuidado: uma análise da formação do currículo em saúde mental, crack, álcool e outras drogas para o agente comunitário de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem.** 2017. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

ROCHA, G. S. S. *et al.* Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a tuberculose, suas medidas de controle e tratamento diretamente observado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1483-1496, jul. 2015.

ROCHA, R. R. **Governo Temer: reforma trabalhista, destruição dos direitos dos trabalhadores?** 2017. 37 f., il. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Ciências Contábeis) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

RODRIGUES, M. L. **Sociologia das Profissões.** 2. ed. Portugal: Celta, 2002. 160 p.

ROSSI, P.; DAVID, G. Execução orçamentária na pandemia e o futuro do financiamento público da saúde. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 28, p. 267-280, 2021.

ROTH, J. A. Professionalism: the sociologist's decoy. **Sociology of Work and Occupations**, Nashville, v. 1, n. 1, p. 6-23, 1974.

SAFFER, D. A.; BARONE, L. R. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em saúde mental. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 813-833, jul./set. 2017.

SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 745-769, dez. 2017.

SANTOS, F. S.; MINTEM, G. C.; GIGANTE, D. P. O agente comunitário de saúde como interlocutor da alimentação complementar em Pelotas, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3483-3494, set. 2019.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 105-125, 2014.

SANTOS, H. L. P. C. *et al.* A voz da comunidade no enfrentamento da Covid-19: proposições para redução das iniquidades em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 763-777, jul./set. 2021.

SANTOS, H. L. P. C. *et al.* Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 4211-4224, out. 2020. Supl. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.25482020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5FLQN6ZV5yYPKv6bv4fTbVm/?lang=pt>. Acesso em: 8 jun. 2021.

SANTOS, M. C. R. **A mudança atitudinal dos agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem ao atendimento de usuários de crack, álcool e outras drogas pós-curso caminhos do cuidado**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: [https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1208/tcc\\_ufrgs\\_maria\\_santos.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1208/tcc_ufrgs_maria_santos.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 20 out. 2021.

SANTOS, W. J. *et al.* Avaliação do conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre o conteúdo da Caderneta da Saúde da Criança. **Journal of Health & Biological Sciences**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 1-5, 2020.

SARTI, F.; HIRATUKA, C.; FONSECA, C. A crise sanitária da Covid-19 e a vulnerabilidade produtiva e tecnológica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil no contexto da financeirização. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 28, p. 129-143, jan./abr. 2021.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n2/e2020166>. Acesso em: 2 out. 2021.

SATO, A. P. S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 29, nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2018.v52/96/pt/>. Acesso em: 17 set. 2021.

SAVEDOFF, W. D. *et al.* Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. **The Lancet**, London, v. 380, n. 9845, p. 924-932, 2012.

SCHNEIDER, H.; LEHMANN, U. From community health workers to community health systems: time to widen the horizon? **Health Systems & Reform**, Bethesda, v. 2, n. 2, p. 112-118, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1166307>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31514640/>. Acesso em: 11 abr. 2021.

SCHNEIDER, H.; OKELLO, D.; LEHMANN, U. The global pendulum swing towards community health workers in low-and middle-income countries: a scoping review of trends, geographical distribution and programmatic orientations, 2005 to 2014. **Human Resources for Health**, London, v. 14, n. 1, p. 1-12, 2016.

SCOTT, K. *et al.* What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. **Human Resources for Health**, London, v. 16, n. 1, p. 39, 2018.

SEKI, T. C. M. *et al.* **As disputas em torno do orçamento público federal**: capital financeiro, dívida pública e o novo regime fiscal. 2018. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, p. 114-129, dez. 2021. Edição especial 4.

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3781-3786, 2021. Supl. 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/>. Acesso em: 4 dez. 2020.

SILVA, C. M. **Educação permanente em saúde**: doenças crônicas não transmissíveis sob a ótica do agente comunitário de saúde. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2017.

SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1865-1876, jun. 2017.

SOARES, R. C. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, São Luís, v. 10, n. 1, p. 24-32, 2018.

SOUSA, M. F. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUTH, J. *et al.* Dimensions of lay health worker programmes: results of a scoping study and production of a descriptive framework. **Global Health Promotion**, Califórnia, v. 20, n. 1, p. 5-15, 2013.

SOUZA, C. M. **Competências profissionais de agentes comunitários de saúde para intervenção com usuários de álcool e outras drogas na estratégia saúde da família**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

SOUZA, L. E. P. F.; BUSS, P. M. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a Covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00056521. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-37-09-e00056521.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2021.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

TANIGUCHI, T. G. **(Des) enCAPSulando: os agentes comunitários de saúde e o cuidado da pessoa com transtorno mental**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washigton, v. 44, p. e4, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.26633%2FRPSP.2020.4>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6943881/>. Acesso em: 12 ago. 2021.

TEIXEIRA, C. F. S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 11-21, out. 2018. Edição especial 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S201>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9rS4Mf7fFSFsYvxWjwZFd9h/abstract/?lang=pt#:~:text=Os%20resultados%20ressaltam%20que%20a,frentes%20e%20movimentos%20sociais%20progressistas>. Acesso em: 5 jun. 2021.

TEIXEIRA, J. B. *et al.* O projeto ético-político do Serviço Social. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (org.). **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS: ABEPSS, 2009. p. 185-200. Disponível em: [https://livroaberto.ufpa.br/jspui/bitstream/prefix/522/1/CapitulodeLivro\\_ProjetoEticoPol%C3%ADtico.pdf](https://livroaberto.ufpa.br/jspui/bitstream/prefix/522/1/CapitulodeLivro_ProjetoEticoPol%C3%ADtico.pdf). Acesso em: 22 ago. 2021.

VENTURA, D. F. L.; PERRONE-MOISÉS, C.; MARTIN-CHENUT, K. Pandemia e crimes contra a humanidade: o “caráter desumano” da gestão da catástrofe sanitária no Brasil. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 2206-2257, 2021.

VENTURA, F. L. V.; AITH, F. M. A.; REIS, R. R. (coord.). **A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19**. São Paulo: Cepedisa, 2021. 200 p. Disponível em: <https://cepedisa.org.br/>. Acesso em: 15 out. 2021.

VERONESE, O.; DE ALMEIDA, J. R. O descaso com o direito fundamental à saúde dos povos indígenas no enfrentamento da pandemia de Covid-19: a consolidação de uma necropolítica no Brasil. **Pensar**, Fortaleza, v. 26, n. 3, p. 1-17, 2021.

VIEIRA, F. S. *et al.* O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. *et al.* Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 657-668, 2021.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

WAIDMAN, M. A. P.; DA COSTA, B.; PAIANO, M. Percepções e atuação do agente comunitário de saúde em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1170-1177, 2012.

WILENSKY, H. L. The professionalization of everyone? **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 70, n. 2, p. 137-158, 1964.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Strengthening primary health care through community health workers: investment case and financing recommendations**. Geneva: World Health Organization, 2015.

YAZBEK, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS: ABEPSS, 2009. p. 1-21.

YUNES, M. A. M.; MENDES, N. F.; ALBUQUERQUE, B. M. Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, p. 24-31, 2005. Edição especial. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000500003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/LNQDsgQLH3XLtPxxHnmnpFw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2021.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título **Análise da profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde: qual o futuro desse trabalhador no sistema de saúde brasileiro?**, coordenada pela pesquisadora Livia Milena Barbosa de Deus e Mélo.

Se decidir participar dela, por favor leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor(a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

O objetivo deste estudo é analisar o processo de profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde tendo em vista o modelo de proteção social em disputa no Brasil no período de 2016 a 2020.

Após entender e concordar em participar, a sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da realização de entrevista e/ou grupos focais, que serão gravados em áudio para posterior transcrição. As atividades de grupo serão mediadas por pesquisador devidamente treinado, e os participantes conversarão sobre seus conhecimentos, a respeito dos caminhos históricos da profissionalização dos ACS, assim como uma visão prospectiva sobre seu futuro. Além disso, serão levantadas questões sobre as diferentes configurações do trabalho comunitário desenvolvido pelos ACS e as perspectivas em disputa sobre o fazer deste profissional.

Os possíveis riscos relacionados com sua participação podem ser constrangimento perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma, pois serão tomados todos cuidados necessários para minimizar esses riscos. Vale salientar que esses riscos se justificam pela importância do benefício planejado nesta pesquisa.

O benefício relacionado à sua participação é a contribuição para o conhecimento da profissionalização dos ACS no Brasil, permitindo subsidiar a discussão e formulação de políticas públicas de atenção primária, gestão do trabalho e da educação em saúde que tenham o ACS como protagonista.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com essa instituição de pesquisa. Também não lhe será imposta nenhuma penalidade, prejuízo ou perda de benefício em seu local de trabalho. Após assinar o consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos às suas relações de trabalho.

O conhecimento dos resultados do seu desempenho nas tarefas poderá ser obtido através do contato pessoal com a coordenadora da pesquisa e, caso seja do seu interesse, os resultados da pesquisa em geral serão publicados, sob a forma de artigos. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos,

comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n – *Campus* da UFPE – Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail [comiteetica@cpqam.fiocruz.br](mailto:comiteetica@cpqam.fiocruz.br). O horário de funcionamento é das 8h às 12h e das 13h às 15h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): \_\_\_\_\_  
Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:**

**Coordenadora da pesquisa:** Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo

**Endereço:** Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n, Recife/PE

**E-mail:** [liviamilenam@yahoo.com.br](mailto:liviamilenam@yahoo.com.br)

**Telefone:** (81) 9822-5822

## APÊNDICE B – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL ENTREVISTADO

Estas questões devem ser captadas previamente à aplicação da entrevista ou grupo focal com os ACS e contribuirão para contextualização dos pontos do roteiro semiestruturado.

1. Nome do entrevistado
2. Gênero
3. Idade
4. Raça/Cor
5. Local de moradia (cidade, bairro, comunidade, tribo)
6. Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família
7. Vínculo empregatício
7.1. Tipo de vínculo (CLT, estatutário, contrato temporário, etc.)
7.2. Agente contratante (OS, fundações, administração direta, etc.)
7.3. Forma de ingresso (seleção pública, concurso, indicação, etc.)
7.4. Salário e benefícios
8. Formação
8.1. Fez curso de ACS? Só primeira etapa ou completo?
8.2. Fez algum outro curso Técnico ou de Graduação? Antes ou após o trabalho como ACS?
8.3. Que outra(s) formação(ões) ou capacitação(ões) você fez?
9. Já desenvolveu ou desenvolve outra(s) atividade(s) remunerada(s) (sim/não, quais, por quê)?
10. Participação/Organização política
10.1. Participa de sindicato, associação ou movimento social? Se sim, qual? Faz quanto tempo?

## APÊNDICE C – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM INFORMANTES-CHAVE

Informantes-chave: 1) CNS, 2) Ministério da Saúde, 3) CONASEMS, 4) CONASS, 5) CONACS, 6) FENASCE, 7) GT de Promoção da Saúde da ABRASCO, 8) Rede Unida; 9) COFEN, 10) Frente Parlamentar Mista em Defesa do SUS

<b>1. Caminhos históricos da profissionalização dos ACS no Brasil</b>
1.1. O que você conhece sobre <b>a trajetória de profissionalização</b> dos/as ACS no Brasil?
1.2. Como você vê a <b>organização política</b> dos/as ACS? Quais avanços e quais lacunas destacam nas lutas imprimidas até aqui? Como vê a atuação das organizações representativas em relação à formação?
1.3. Na sua opinião, que fatores influenciam na <b>legitimidade</b> dos/as ACS perante a equipe de saúde e a sociedade?
<b>2. Profissionalização dos ACS em relação a outras profissões de saúde</b>
2.1. Os(As) ACS estão fazendo uma <b>segunda formação</b> e, segundo os estudos, a busca preferencial é por cursos na área de saúde como enfermagem, psicologia e serviço social. Em sua opinião, o que leva os/as ACS a esta busca?
2.2. Em sua opinião, que novos <b>conhecimentos e habilidades</b> comuns a outras formações em saúde deveriam ser incorporados para uma melhor atuação dos(as) ACS?
<b>3. Diferentes configurações do trabalho comunitário e o tipo de saber predominante (epistemologias) nas práticas de saúde dos ACS</b>
3.1. Os/As ACS têm a <b>especificidade de serem comunitários</b> , residirem na comunidade onde trabalham. Qual o saber predominante (epistemologias) nas práticas comunitárias de saúde dos/as ACS hoje? (Saberes populares, saberes acadêmicos, saberes tradicionais e saberes biomédicos.) Poderia discorrer sobre sua percepção a respeito?
<b>4. Cenários e perspectivas em disputa na profissionalização dos ACS no Brasil</b>
4.1. Em 2018, foram propostas reformulações nas atribuições dos/as ACS em lei, assim como foi proposto e retirado da agenda governamental o PROFAGS visando à <b>formação dos mesmos como técnicos de enfermagem</b> . Quais as vantagens e

desvantagens dessa proposição?
4.2. Diante da restrição de recursos atuais e de reconfiguração do SUS, como você vê <b>o papel do/a ACS nos próximos cinco anos?</b>
4.3.** Tempos de austeridade foram recorrentes na história da saúde pública mundial e coincidem com tempos de incorporação de força de trabalho com baixa qualificação, polivalente e precarizada como foi o caso dos ACS no Brasil. Por outro lado, vivemos recentemente um período de expansão do ensino superior no país, em que não foi viabilizada a formação dos ACS de nível médio via CTACS.  Qual a viabilidade técnica e política para execução de um <b>projeto de graduação específica para o/a ACS?</b> Que contradições existem no cenário atual que podem ser exploradas a esse favor?
4.4. Diferentemente de em outras profissões de saúde, os/as ACS hoje não atuam no <b>setor suplementar</b> . O que poderiam considerar sobre este aspecto na profissionalização dos/das ACS futuramente?
4.5. <b>Na hipótese de não existir ACS</b> para toda a população brasileira, como visualiza os impactos na Atenção Primária à Saúde?
<b>5. Conclusões e percepções sobre a entrevista</b>
5.1. O que você achou da entrevista, das perguntas que foram feitas?
5.2. Você quer colocar alguma coisa, que julga importante para a pesquisa, que não foi abordada?

\*\* Perguntas exclusivas para os informantes-chave desse roteiro (apêndice 3).

## APÊNDICE D – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA GRUPO FOCAL

Informantes-chave: Agentes Comunitários de Saúde formados em diferentes graduações: 1) Serviço Social; 2) Enfermagem; 3) Psicologia; 4) Pedagogia

<b>1. Caminhos históricos da profissionalização dos/as ACS no Brasil</b>
1.1. O que você conhece sobre <b>a trajetória de profissionalização</b> dos/as ACS no Brasil?
1.2. Como você vê a <b>organização política</b> dos ACS? Quais avanços e quais lacunas destacam nas lutas imprimidas até aqui? Como veem a atuação das organizações representativas em relação à formação?
1.3. Na sua opinião, que fatores influem na <b>legitimidade</b> dos/as ACS perante a equipe de saúde e a sociedade?
<b>2. Profissionalização dos ACS em relação a outras profissões de saúde</b>
2.1. Os(As) ACS estão fazendo uma <b>segunda formação</b> e, segundo os estudos, a busca preferencial é por cursos na área de saúde. O que levam os(as) ACS a esta busca?
2.2. Que novos <b>conhecimentos e habilidades</b> comuns a estas formações em saúde deveriam ser incorporados para uma melhor atuação como ACS?
2.3.** De que forma esta outra formação alterou sua relação com a equipe de saúde e com a comunidade? Você consegue me descrever algumas situações em que você percebe, na prática, essa alteração nas relações?
2.4.** Quem atua profissionalmente com essa segunda formação pode nos contar um pouco como faz? Quem não atua, mas gostaria de atuar profissionalmente com essa segunda formação? Como se sente? Por quê? Como gostariam de atuar? Já tentaram? Se atuam, esta atuação é no setor público ou privado?
2.5.** Houve tentativas ou há desejo de uma progressão vertical para vir a atuar apenas com a segunda profissão no SUS? Pode descrever estas tentativas? Conhecem outros casos semelhantes? Vocês sabem se já acontece desvios de função para atuar como essa segunda profissão na ESF/SUS? Podem exemplificar situações?

<p><b>3. Diferentes configurações do trabalho comunitário e o tipo de saber predominante (epistemologias) nas práticas de saúde dos/as ACS</b></p>
<p>3.1. Os(As) ACS têm a <b>especificidade de serem comunitários(as)</b>, residirem na comunidade onde trabalham. Qual o saber predominante (epistemologias) nas <b>práticas comunitárias</b> de saúde dos/as ACS hoje? (Saberes populares, saberes acadêmicos, saberes tradicionais e saberes biomédicos.)</p> <p>* Considerando o que você já aprendeu até hoje (na universidade, no curso técnico, na educação permanente, na prática, na família), que conhecimentos você mais usa para realizar o seu trabalho? Onde e/ou com quem você aprendeu sobre isso?</p>
<p>3.2.* Conhecem sobre uso de plantas medicinais, dominam alguma PICS, utilizam saberes tradicionais? Onde aprenderam? Utilizam-nas no cotidiano do trabalho como ACS?</p> <p>Utilizam esses saberes na atuação profissional caso exerçam a sua outra formação?</p>
<p>3.3.** Na outra formação em saúde, desenvolveram trabalhos comunitários durante a formação? Vivenciaram ou debateram sobre práticas de saúde na cultura indígena, quilombola, camponesa, nas grandes e pequenas cidades? Como esta formação universitária contribuiu ou distanciou vocês do trabalho comunitário como ACS?</p>
<p><b>4. Cenários e perspectivas futuras na profissionalização dos/as ACS no Brasil</b></p>
<p>4.1. Em 2018, foram propostas reformulações nas atribuições dos/as ACS em lei, assim como foi proposto e retirado da agenda governamental o PROFAGS visando à <b>formação deles como técnicos de enfermagem</b>. Quais as vantagens e desvantagens dessa proposição?</p>
<p>4.2. Diante da restrição de recursos atuais e de reconfiguração do SUS, como você vê <b>o papel do/a ACS nos próximos cinco anos?</b></p>
<p>4.3. Como avaliam a proposta de um <b>projeto de graduação específica para o/a ACS?</b></p>
<p>4.4. Diferentemente de em outras profissões de saúde, os/as ACS hoje não atuam no <b>setor suplementar</b>. O que poderiam considerar sobre este aspecto na profissionalização dos ACS futuramente?</p>
<p>4.5. <b>Na hipótese de não existir ACS</b> para toda a população brasileira, como visualiza os impactos na Atenção Primária à Saúde?</p>
<p><b>5. Conclusões e percepções sobre o grupo focal</b></p>
<p>5.1. O que vocês acharam do grupo focal, das perguntas que foram feitas e das trocas</p>

no grupo?

5.2. Vocês querem colocar alguma coisa, que julgam importante para a pesquisa, que não foi abordado?

\*Perguntas exclusivas para ACS dos roteiros do apêndice 4 e 5.

\*\* Perguntas exclusivas para os atores desse roteiro (apêndice 4).

## ANEXO A – PARECER CEP/INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise da profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde: qual o futuro desse trabalhador no sistema de saúde brasileiro?

**Pesquisador:** Livia Milena Barbosa de Deus e Mélo

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 15735119.7.0000.5190

**Instituição Proponente:** FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.573.290

#### Apresentação do Projeto:

O objetivo da pesquisa é analisar o processo de profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, tendo em vista o modelo de proteção social em disputa no período de 2016 a 2020. O estudo terá abordagem qualitativa e analítica, sendo utilizados dados documentais, questionário, entrevistas e grupos focais, de acordo com os objetivos específicos. Os participantes serão diferentes sujeitos envolvidos no processo de profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, incluindo formuladores de políticas, implementadores, legisladores e entidades representativas da categoria. Os dados coletados, serão analisados à luz hermenêutica dialética uma vez que o objetivo da análise é buscar os "sentidos da fala", a partir de sua intencionalidade, considerando seu conteúdo, seus sujeitos e seu contexto de produção.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde tendo em vista o modelo de proteção social em disputa no Brasil no período de 2016 a 2020.

Objetivo Secundário:

- Descrever os caminhos históricos da profissionalização dos ACS no Brasil;

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.573.290

- Compreender a profissionalização dos ACS identificando atribuições e perfil curricular comuns e específicos em relação a outras profissões de saúde;
- Compreender as diferentes configurações do trabalho comunitário, reconhecendo o tipo de saber predominante (epistemologias) nas práticas de saúde dos ACS
- Analisar os cenários e perspectivas em disputa na profissionalização dos ACS no Brasil no período de 2016 a 2020 (ensaio).

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### Riscos:

Os possíveis riscos relacionados com a pesquisa podem ser constrangimento perante pessoas e instituições. Contudo, serão utilizados meios para minorar esse constrangimento, incluindo o anonimato e o sigilo sobre sua participação na pesquisa. Serão utilizados códigos ou pseudônimos para cada entrevistado, bem como não serão divulgados dados que permitam sua identificação.

##### Benefícios:

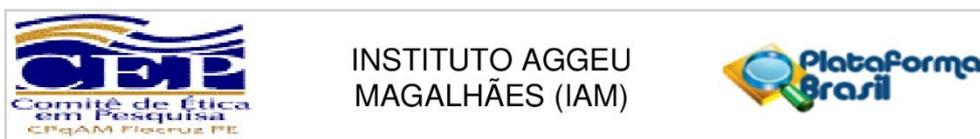
Contribuição para o aprofundamento do conhecimento sobre a profissionalização dos ACS no Brasil, com a elucidação de aspectos pouco estudados como a atuação de ACS com outras formações profissionais ou que atuam em contextos diversos como quilombolas, indígenas, rurais, de grandes e pequenas cidades. Também poderão ser considerados benefícios o subsídio na formulação e implementação de políticas públicas de atenção primária, gestão do trabalho e gestão da educação em saúde, potencializando o fazer profissional dos Agentes Comunitários de Saúde para uma melhora na qualidade de vida da população brasileira.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo se enquadrará no âmbito das abordagens qualitativas, que representam formas de sentido, as quais podem ser reconstruídas e analisadas com diferentes métodos que permitam ao pesquisador desenvolver modelos, tipologias, teorias (mais ou menos generalizáveis) como formas de descrever e explicar as questões sociais.

Coleta e Análise dos Dados: 1) Para descrever os caminhos históricos da profissionalização dos ACS será realizada pesquisa documental e entrevistas com atores chave. 2) Para compreender a profissionalização dos ACS em relação a outras profissões de saúde serão analisadas leis que regulamentam essas profissões assim como as respectivas Diretrizes Curriculares Nacionais.

<b>Endereço:</b> Av. Prof. Moraes Rego, s/nº	<b>CEP:</b> 50.670-420
<b>Bairro:</b> Cidade Universitária	
<b>UF:</b> PE	<b>Município:</b> RECIFE
<b>Telefone:</b> (81)2101-2639	<b>Fax:</b> (81)2101-2639
	<b>E-mail:</b> comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.573.290

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados sem pendências.

**Recomendações:**

O pesquisador e o participante deverão rubricar as páginas do TCLE, e não apenas o participante.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há óbices éticos.

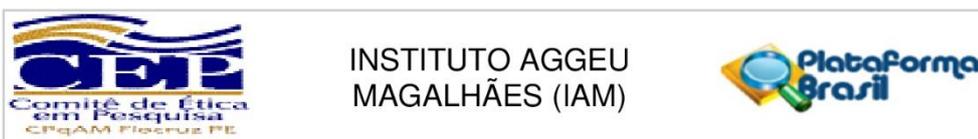
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1368884.pdf	12/09/2019 07:04:55		Aceito
Outros	Anuencia.pdf	12/09/2019 07:04:25	Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	12/09/2019 07:01:51	Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta.pdf	12/09/2019 07:00:54	Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/09/2019 06:59:21	Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo	Aceito
Outros	Parecer_Relator_Projeto_Livia_2019.doc	03/09/2019 16:25:50	Valéria Pereira Hernandes	Aceito
Outros	compromissoCEP.pdf	29/07/2019 12:31:28	Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisadoras.pdf	29/07/2019 12:30:23	Lívia Milena Barbosa de Deus e	Aceito

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.573.290

Declaração de Pesquisadores	Pesquisadoras.pdf	29/07/2019 12:30:23	Méllo	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinada.pdf	11/06/2019 12:56:51	Lívia Milena Barbosa de Deus e Méllo	Aceito
Outros	Curriculo_lattes.pdf	30/05/2019 20:26:37	Lívia Milena Barbosa de Deus e Méllo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 13 de Setembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Maria Almerice Lopes da Silva**  
 (Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br

## ANEXO B – ACEITE DO ARTIGO NA *REVISTA INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO*

Notificações



### [SD] Decisão editorial

2021-10-06 01:34

Livia Milena Barbosa de Deus e Mélllo, Romário Correia dos Santos, Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

Foi tomada uma decisão sobre o artigo submetido à revista Saúde em Debate, "Covid 2 - Agentes comunitários de saúde na pandemia de covid-19: revisão sistemática da literatura".

A decisão é: Submissão aceita. Em breve a equipe editorial entrará em contato para dar prosseguimento ao processo de editoração e publicação do artigo.

Editoras científicas

Maria Lucia Frizon Rizzotto

Ana Maria Costa

Leda A. V. N. de Gouvêa

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

**ANEXO C – ACEITE DO ARTIGO NA REVISTA SAÚDE EM DEBATE**

27/05/2021

ScholarOne Manuscripts

## Interface - Comunicação, Saúde, Educação

**Decision Letter (ICSE-2021-0306)****From:** revista.interface.fmb@unesp.br**To:** liviamilenamello@gmail.com**CC:** interface.edicao@gmail.com**Subject:** ICSE-2021-0306 Avaliação editorial de submissão: Aceitar**Body:** Prezado Mello

Informo que o manuscrito de sua autoria intitulado Agentes Comunitárias de Saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de COVID-19 no Brasil foi aprovado para a seção Artigos, de Interface – Comunicação, Saúde, Educação, conforme síntese dos pareceres, abaixo relacionada.

"O artigo em análise já havia sido apresentado para apreciação e análise na Revista, tendo tido avaliação de não recomendação da publicação, levando-se em conta o volume e a densidade de revisões a serem feitas.

Em nova apresentação do manuscrito a Revista, os/as autores/as destacam modificações feitas no mesmo e indicam o atendimento as sugestões e recomendações dos/as pareceristas.

Na visão dos/as pareceristas, foi consenso que o texto apresentou uma melhora significativa em sua qualidade, sobretudo no que se refere a um detalhamento mais preciso, claro e rigoroso dos procedimentos metodológicos, assim como na explicitação dos principais resultados.

Ante ao exposto, e de acordo com os pareceres, somos de parecer favorável a publicação do manuscrito, considerando, inclusive, sua originalidade e relevância, na medida em que coloca em foco a discussão em torno dos(as) agentes comunitários(as) de saúde, os(as) quais são profissionais fundamentais para a Atenção Primária a Saúde, em especial diante dos desafios impostos pela atual realidade brasileira, substancialmente impactada pelos efeitos e consequências da pandemia de covid-19. "

Solicito que aguarde informações complementares da secretaria da revista quanto aos procedimentos iniciais de edição de seu manuscrito para publicação.

Em caso de dúvidas, envie suas questões para revista.interface.fmb@unesp.br.  
Atenciosamente,

Dr. Denise Martin  
Interface - Comunicação, Saúde, Educação

**Date Sent:** 25-May-2021 Close Window

## ANEXO D – SUBMISSÃO DO ARTIGO NA *REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE*

02/10/2021 15:56

Submissões

Trabalho, Educação e Saúde Tarefas 0

Português (Brasil) Ver o Site liviamilenamello

**Submissões**

Fila 1 Arquivos Ajuda

### Minhas Submissões Designadas

Buscar Nova Submissão

178	<p><b>Mélio</b></p> <p>Agentes comunitárias de saúde e a busca pelo ensino superior:: motivações, implicações, epistemologias e o futuro da profissão</p>	<p>Submissão</p> <p>▼</p>
-----	---	---------------------------

Platform &  
workflow by  
OJS / PKP