



Estratégia Saúde da Família: Reflexões com foco no agente comunitário de saúde

Family Health Strategy: Reflections focusing on community health workers

10.56238/isevmjv3n3-009

Recebimento dos originais: 11/05/2024

Aceitação para publicação: 31/05/2024

Miriely Pinto Fontan

Discente do Programa de pós-graduação *Strictu-sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória, Espírito Santo, Brasil

E-mail: miriely.fontan@edu.emescam.br

Alan Patrício da Silva

Docente do Programa de pós-graduação *Strictu-sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Vitória, Espírito Santo, Brasil

E-mail: alan.silva@emescam.br

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) traduz a inserção de um modelo assistencial preventivo, orientado para a família em seu ambiente físico e social como núcleo de ação, visando à promoção da saúde. A execução das ações que são desenvolvidas no contexto deste serviço de saúde, que se constitui como a porta de entrada da população a Atenção Primária à Saúde (APS) fica a cargo de uma equipe mínima da ESF, constituída por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e o Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo que este último, ocupa um lugar de maior destaque, dada a sua responsabilidade no estabelecimento do vínculo dos usuários com este serviço de saúde pública. Diante da relevância desta categoria profissional para o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, esta investigação propõe a reflexão sobre a atuação deste profissional, na política pública de saúde vigente. Os resultados aqui discutidos são provenientes de revisão narrativa e de pesquisa documental realizada no período de maio de 2022 a novembro 2023. Por meio da análise de pesquisas identificadas, foi possível confirmar a importância dos ACS para efetivação do trabalho proposto no contexto da Atenção Primária à Saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, foi um marcador que trouxe prejuízos para o processo de trabalho deste profissional, uma vez que, enfraqueceu o trabalho de educação em saúde, ao designar atribuições clínicas para este profissional.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) traduz a inserção de um modelo assistencial preventivo, orientado para a família em seu ambiente físico e social como núcleo de ação, visando à promoção da saúde. Ela substitui o modelo de assistência à saúde tradicional, pautado na perspectiva curativista e hospitalocêntrica, que enfoca os determinantes individuais, reproduzindo o paradigma biomédico, o qual



considera que ter saúde e não apresentar qualquer doença (Brasil, 2011; Siqueira-Batista *et al.*, 2015; Nepomuceno *et al.*, 2021).

A execução das ações que são desenvolvidas no contexto deste serviço de saúde, que se constitui como a porta de entrada da população a Atenção Primária à Saúde (APS) fica a cargo de uma equipe mínima da ESF, constituída por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e o Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo que este último, ocupa um lugar de maior destaque, dada a sua responsabilidade no estabelecimento do vínculo dos usuários com este serviço de saúde pública (Brasil, 2012).

A equipe da ESF, está ligada à Unidade Básica de Saúde (UBS) local. Esse nível de atenção resolve 80% dos problemas de saúde da população. Entretanto, se a pessoa precisar de um cuidado mais avançado, a ESF faz este encaminhamento. Desta forma, a Saúde da Família se fortalece como a porta de entrada do SUS, reorganizando a Atenção Básica (AB) no País, de acordo com os preceitos do SUS (Brasil, 2012).

A cada equipe da ESF é atribuída a responsabilidade de acompanhamento em saúde, de até 4.000 pacientes de um dado território. Neste âmbito, cada ESF deve dispor de um quantitativo de ACS (sugere-se 12 ACS, por equipe) capaz de ofertar cobertura para 100% da população adstrita, que deve atender, no máximo, 750 pacientes (Brasil, 2012).

Neste sentido, cabe lançar luz no fato de que a atuação do ACS, de forma articulada com os demais membros da equipe, foi responsável pela alteração da concepção que antes se tinha do cuidado em saúde, agora, orientado para o território da população adstrita, considerando os diversos determinantes em saúde. Assim, esta categoria profissional, ao longo dos anos, vem se destacando como imprescindível para impulsionar a trajetória da consolidação da APS e de um cuidado baseado no conceito ampliado de saúde (Silva; Dalmaso, 2004).

Apesar de já reconhecida a importância destes profissionais para o trabalho ofertado no contexto da APS, a última publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que ocorreu em 2017, aponta a provável redução do número de ACS com o fim da obrigatoriedade de 100% de cobertura do território, sendo que esse profissional é o elo entre o serviço e a população, que por sua vez, contribui para facilitar o acesso destes ao serviço. Além disso, nesta versão da política, o foco do trabalho deste profissional volta-se para um cuidado mais assistencial, do que de educação em saúde, no qual reproduz o modelo de saúde centrado na doença, tais como: medição da glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e pressão arterial e orientações quanto a utilização de medicamentos, pelos pacientes (Brasil, 2017).

Compete destacar que o ACS além de possuir o vínculo com a população, que é um dos atributos que potencializam a integralidade em saúde, este é o profissional que faz a junção entre o conhecimento popular e o científico, traduzindo as demandas e condições de saúde da população. Este profissional, por sua vez, concede força para o desenvolvimento das ações de promoção e prevenção à saúde, por meio da



identificação de riscos à saúde. Tal processo é facilitado pelo fato destes profissionais residirem no mesmo território em atuação, identificando os riscos de forma mais rápida (Brasil, 2009).

Sendo assim, o processo de trabalho da ESF, impulsiona e orienta o ACS a desenvolver suas atribuições no atendimento inicial dos indivíduos, na sua residência, levando informações e reorganizando os processos de trabalho dos profissionais dos níveis hierárquicos mais elevados, em interação com a comunidade (Costa *et al.*, 2013; Fracolli, 2014).

Inicialmente, as atribuições desta categoria profissional, foram instituídas, em 1997, através da Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Em 2012, estas foram ratificadas por meio da PNAB, que detalhou as competências a seguir, para a referida categoria profissional: a obtenção de conhecimento amplo em relação ao território que está atuando, por meio do cadastramento e mapeamento da população; o acompanhamento das famílias, a luz do critério de vulnerabilidade, orientando os indivíduos quanto ao acesso aos serviços de saúde; desenvolver atividades com vistas à promoção da saúde, prevenção de doenças; desenvolver ações de educação de saúde; e, potencializar a ligação dos demais profissionais da equipe as famílias da população adscrita (Brasil, 1997; 2012).

Assim, diante do papel de destaque do ACS para a oferta dos cuidados em saúde, ofertado no contexto da APS, esta investigação propõe a reflexão sobre a atuação deste profissional na política pública de saúde vigente.

Esta pesquisa justifica-se tendo em vista o reconhecimento e importância do profissional ACS, que constrói uma legitimação e consolidação dessa área, melhorando a assistência ao paciente com foco na necessidade da comunidade e pondo em prática o conhecimento, valorização da categoria, como consta na PNAB.

2 METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa de revisão narrativa, a fim de que fosse possível a integração do conhecimento já divulgado pela literatura científica, de forma sintetizada, conforme sugerem Souza, Silva e Carvalho (2010).

Assim, no período de maio de 2022 a novembro de 2024, foram realizadas buscas nas bases de dados do Catálogo Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e na base da Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As pesquisas foram orientadas por meio dos descritores ‘Agentes Comunitários de Saúde’ AND ‘Estratégia Saúde da Família’, no qual as pesquisas selecionadas, foram analisadas de forma descritiva.



Além de pesquisas científicas, também foram revisados documentos oficiais do Governo Federal (portarias, decretos, leis, cadernos e manuais), pertinentes ao serviço da Atenção Básica à Saúde e a atuação do ACS, neste serviço.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Ao longo dessa seção, se faz necessário tecer uma breve contextualização sobre a transição do modelo de saúde no Brasil no contexto das políticas públicas que será discorrido na sequência deste capítulo, dando ênfase sobre a importância da AB, materializada, sobretudo, por meio do serviço disponibilizado pelas ESF, tendo o ACS um papel de grande relevância nas equipes deste serviço de saúde, conforme será evidenciado mais adiante.

A necessidade para criação do serviço de saúde pública vigente, foi constada na década de setenta. Já nos anos iniciais da década de 80, se tinha um cenário de escassez nos municípios de prestação de serviços de saúde, sendo que, os que aqueles que tinham, eram serviços de urgência. Neste contexto, parte significativa da população ficava à margem do cuidado em saúde, ficando à mercê dos serviços filantrópicos e distantes dos cuidados primários. Nesta época, tinham acesso a tais ações, aqueles vinculados à Seguridade Social, que disponibilizava serviços de urgência e emergência e ambulatoriais (Pinto; Giovanella, 2018).

Assim, nos anos de 1970 e no início de 1980, o movimento Alma-Ata foi responsável para que ocorressem, as primeiras experiências de instituição de serviços de saúde, em âmbito municipal. Mais tarde, o processo de efetivação do SUS, foi ganhando cada vez mais força, tendo sido instituído instrumentos não apenas financeiros, mas, também operacionais, visando responsabilizar os municípios pela oferta do cuidado em saúde (Gil, 2006).

Compete destacar que o SUS, conquistado pelos movimentos sociais, representa uma conquista histórica da sociedade, podendo ser considerada a maior política pública gerada a partir de movimentos sociais. Trata-se de um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo que é colocado à prova em seus diferentes níveis de atenção à saúde, desde os atendimentos mais simples, como aferimento da pressão arterial, mensuração de glicemia capilar, através da atenção primária; como também em grandes procedimentos cirúrgicos, como transplante de órgãos e tratamentos oncológicos (Paim, 2008).



Em face disso, grande movimento político, ideológico e social de reconfiguração da atenção à saúde culminou na criação da Constituição Federal de 1988, em que o direito a saúde foi assegurado como

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988 p. 116).

Assim, Sousa (2003, p 43) relata que a Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "[...] direito de todos e dever do Estado". A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Depois, a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde, por meio do Decreto n.º 99.060, de 7 de março de 1990. E, por fim, a Lei Orgânica da Saúde que instituiu o SUS, a luz constituição federal de 1988, estabelecendo seus princípios e diretrizes, por meio da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990a).

Decorrente da lei acima mencionada, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e recuperação da saúde, foi promulgada a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trouxe a necessidade do controle social como parte indispensável da execução da política aqui estudada, por meio da participação da sociedade civil, no gerenciamento do serviço (Brasil, 1990a).

Nesse contexto, as Leis 8.080/90 e a 8.142/90, são, singularmente, relevantes para o novo modelo de saúde, e correspondem a uma espécie de estatuto da saúde no Brasil. Enquanto que Lei 8.080/90 sedimenta as orientações constitucionais do SUS, a Lei 8.142/90 trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente (Brasil, 1990b).

As conferências, que devem acontecer a quatro anos, contam com a atuação de vários seguimentos sociais. Nestas, são suscitadas proposições para as três esferas de governo, visando o fortalecimento da política pública de saúde. A Lei 8.142/90 também define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios, como por exemplo, as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais e Municipais (Brasil, 1990b).

Sendo assim, a aprovação da Constituição de 1988 foi um passo importante no processo de mudança de paradigma das políticas de saúde brasileiras, na medida em que passou a abordar o conceito de saúde como direito de todos os cidadãos e obrigação do Estado. Essa priorização levou à criação do SUS (Paim, 2011).

Enfatiza-se que, as ações e serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidos em consonância com as diretrizes prevista no art. 198 da Constituição Federal, a luz dos princípios ético-doutrinários



(universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social) (Pontes *et al.*, 2009).

Assim, o princípio da universalidade corresponde ao direito à saúde para todos os indivíduos, devendo o Estado viabilizar as condições para a garantia deste. Neste sentido, todos devem ter acesso e atendimento nos serviços do SUS onde o Estado tem o dever de prestar esse atendimento à toda população brasileira, independente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais (Pontes *et al.*, 2009).

Neste contexto, a integralidade é entendida como um princípio que concede o direito de atendimento de maneira plena em razão de suas necessidades, por meio de articulação de ações curativas e preventivas que se desdobram nos três níveis de assistência. Já a equidade visa reduzir as diferenças sociais, propiciando um atendimento desigual para necessidades desiguais, investido onde há mais carência, sendo, portanto, concebido como um princípio da justiça social (Pontes *et al.*, 2009).

Por fim, o sistema de saúde brasileiro está organizado em torno do SUS, cujo financiamento é feito por meio de recursos arrecadados com impostos e contribuições sociais, e que é administrado em nível nacional pelo Ministério da Saúde. O ministério também é responsável por criar e monitorar políticas e atividades que são implementadas de acordo com as necessidades dos gestores municipais, de acordo com o princípio da descentralização (Paim, 2011).

3.1.1 A Estratégia Saúde da Família: um modelo de organização da Atenção Básica

A trajetória da ESF iniciou-se em 1990, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Neste contexto, o serviço correspondia à uma política criada a partir de experiências locais, no qual mesmo que de forma parcial, já se tinha indícios de que este programa era potente para ofertar à população cuidados primários de saúde (Oliveira, 2023).

Em 1991, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), de forma articulada com as secretarias estaduais e municipais, e com a Fundação Nacional de Saúde, a fim de promover os redirecionamentos dos serviços, para que o foco das ações pudesse ser a família e não exclusivamente o sujeito (Viana; Dal Poz, 1998; Souza, 2002).

O objetivo do PACS era de promover melhorias no que diz respeito a capacidade dos indivíduos de cuidar de sua própria saúde. Este trabalho era desenvolvido pelos ACS, que transmitia conhecimentos e informações e vinculava a população aos serviços de saúde que eram oferecidos nesta época (Souza, 2002).

Dois importantes aspectos, considerados inovadores, sustentavam este programa: o primeiro diz respeito a formação de equipes multiprofissionais locais, no qual os territórios de atuação eram claramente



inscritos; e, o segundo, se refere a forma de financiamento, que era compartilhado, mediante transferências federais fundo-a-fundo, que tinham como condicionantes o critério de implementação e o desempenho das ações (Oliveira, 2023).

Foi a partir do PACS, materializando a articulação da comunidade, municípios e o Governo Federal, por meio do Ministério de Saúde, que apontou para uma nova aliança na política de saúde. Assim, por ter sido uma estratégia inovadora, na segunda metade dos anos 90, este começou a receber prioridade na agenda da política pública de saúde, culminando na definição das bases da política da AB, por meio dos pressupostos do PSF (Morosini; Fonseca, Lima, 2018).

O PSF considera as pessoas como um todo, tendo em vista suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade e, o papel do ACS, era realizar um teste diagnóstico comunitário, sob supervisão do enfermeiro (Morosini; Fonseca, Lima, 2018).

Os dez primeiros anos do programa contaram com o aperfeiçoamento de seu arranjo institucional, enquadrado inicialmente no plano geral da Lei Orgânica da Saúde, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB). Destacam-se as NOB de 1993 e 1996, que, respectivamente, induziram a tomada da gestão da rede de saúde local pelos municípios e a expansão do então PSF por meio de incentivos incorporados ao financiamento (Oliveira, p.5, 2023).

O desenvolvimento satisfatório do PSF, culminou na criação da PNAB, o qual instituiu de modo formal, este programa como notável caminho para viabilizar a consolidação da AB e ampliar o escopo deste nível de assistência substitutivo ao modelo centrado somente no sujeito (Giovannella *et al.*, 2009; Oliveira, 2023).

Destaca-se que o PSF se constituiu em uma estratégia que

Prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (Brasil, 2000).

Aos profissionais atuantes no PSF cabia a obtenção do conhecimento da população residente em seu território de atuação, por meio do cadastramento das famílias, realização do diagnóstico social, demográfico e epidemiológico deste; competia a estes, também a identificação dos problemas de saúde mais comuns e as situações de risco à saúde da população; em conjunto com a comunidade, os profissionais deveriam formular um plano visando enfrentar os determinantes em saúde, identificados no território; oferta assistência integral, não apenas na unidade saúde da família, mas também na comunidade e no domicílio das famílias, assim, como realizar o acompanhamento dos pacientes atendidos pelos



serviços ambulatoriais ou hospitalar; propor ações de educação em saúde; e atuar, de forma intersetorial, objetivando enfrentar os problemas de saúde identificados no território (Brasil, 2000).

Assim, sobre influência do PSF, foi criada a ESF, que tem como característica principal a constituição de uma equipe composta por diversos profissionais, tais como: clínico geral ou especialista em saúde da família, enfermeiro ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, e o estabelecimento de um território de abrangência, atendendo ao princípio da regionalização, tornando possível o conhecimento por parte da equipe quanto a realidade local e as necessidades da população (Brasil, 2012).

Com a influência do Pacto pela Saúde, em 2006, por meio da Portaria nº GM/648, foi aprovada a primeira edição da PNAB, que estabeleceu a alteração de diretrizes e normas para a estruturação da AB para o PSF e o PACS, designando a saúde da família, como estratégia prioritária para reorganização da APS, no contexto do SUS. Partir desta, o escopo e o entendimento da AB foram ampliados, integrando ao serviço, atributos essenciais de uma APS abrangente. Ademais, esta portaria foi responsável por promover alterações quanto as atribuições das UBS, que podem ser de diferentes tipologias, ou seja, podendo ser com ou sem ESF (Brasil, 2006a).

Tal portaria definiu a Atenção Básica:

Como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. (...) É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes (...) e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização (Brasil, 2006a).

Posterior a essa edição, houve mais duas alterações na PNAB, sendo uma em 2011 e última em 2017. A primeira edição da PNAB, foi em 2006, com a segunda edição em 2011, e a terceira em 2017. A versão revisada em 2011, buscou manter inalterada a centralidade da ESF, como caminho para potencializar a consolidação de uma AB, mais fortalecida e com potencial para expandir sua cobertura, promovendo cuidados integrais de promoção da saúde, e se inscrevendo cada vez mais como a porta de entrada da população aos serviços ofertados pelo SUS. Além disso, incluiu o papel da AB nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS (Brasil, 2011; Faria, 2020).

Já a última edição, publicada em 2017, aponta para elementos que chamaram a atenção de diversos pesquisadores da área da saúde pública, por serem tidos como retrocessos para as conquistas no contexto da AB. Dentre estes elementos, encontra-se as ameaças quanto a divisão do processo de trabalho, e o



compromisso da ABS com a longitudinalidade do cuidado, eminência de diminuição do quantitativo de ACS (Morosini, Fonseca, Lima, 2018).

As discontinuidades podem ser percebidas quando se lê a possibilidade de redução do número de ACS por EqSF (no mínimo um), de maneira a vincular esse quantitativo aos territórios ditos de maior risco e mais vulneráveis, ao mesmo tempo que se oportuniza a possibilidade de aumento de suas atribuições; inclusive com recomendação de unificar suas ações com as dos ACE (e de incorporação desse último como parte da EqSF) e, ainda, facultar competências atualmente desempenhadas pelos técnicos de enfermagem (como: aferição de pressão, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e curativos limpos) (Melo *et al.*, p.45, 2018).

Ressalta-se que, mesmo diante de alguns retrocessos na política de saúde pública, nos últimos anos, a APS ainda continua sendo, notadamente, reconhecida como serviço capaz de possibilitar melhorias na saúde da população, reduzindo diversas causas de mortalidade e morbidade no Brasil (Macinko; Mendonça, 2018).

Mendonça *et al.*, (2023) refletem que, no contexto científico, os avanços que se percebem no SUS, são decorrentes, principalmente, da consolidação e ampliação da ESF, que dispõe de equipes multiprofissionais, as quais desenvolvem o cuidado em saúde, intervindo nos diversos panoramas e demandas de saúde, por meio da dimensão que não é apenas individual, mas também familiar e coletiva/comunitária.

Tais avanços, possuem forte relação com o trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB), pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e pela atuação do ACS, que contribuem para que práticas mais resolutivas e alinhadas com as demandas de saúde do território, sejam possíveis (Mendonça *et al.*, 2023).

3.1.2 O Agente Comunitário de Saúde

O ACS, que passou, recentemente, passou a ser considerado legalmente como profissional de saúde, por meio da Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023, é um profissional que vem contribuindo para alterações no âmbito do SUS, no qual sua prática, podem modificar os problemas que incidem de forma prejudicial na qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidade, por meio da vigilância em saúde (Brasil, 2009; 2023).

Quanto ao perfil do ACS a pesquisa de Silva *et al.*, (2020) constataram em sua amostra que, o universo de profissionais, era composto, predominantemente, por sujeitos do sexo feminino, com tempo de atuação na ESF entre 1 ano e 5 anos, com ensino médio completo, seguido por pessoas que relataram possuir ensino superior completo ou em andamento.



Conforme já destacado, a atuação do ACS, possui suas raízes no PACS, que existe desde o início dos anos 90, e foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS (Brasil, 2000).

A primeira experiência do programa acima, ocorreu no Ceará, no contexto da seca que aconteceu entre junho de 1987 e junho de 1988, dando a este o caráter emergencial, por meio do Programa de Emergência, que posteriormente foi descontinuado. Apesar disso, devido ao sucesso da experiência, foi instituído o Programa Nacional de Agentes de Saúde (PNAS), que mais tarde ampliou suas ações, visando a garantia dos princípios que norteiam o SUS (Mendes, 2012).

Em 1991, O Ministério da Saúde, com base nos resultados positivos alcançados com o PNAS, propôs a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS). A área de atuação inicial do PNACS foi a Região Nordeste, devido à existência de maiores indicadores de doenças, carências e miséria. Na Região Norte, no entanto, a implantação ocorreu em caráter emergencial, para fazer frente à epidemia de cólera (Minayo *et al.*, 1990).

Assim, a trajetória para a criação e regulamentação da profissão do ACS, no Brasil, teve início com a Portaria nº 1.886/1997 que aprovou as normas e diretrizes do PACS e do PSF (Brasil, 1997).

Posteriormente, foi publicado o Decreto nº 3.189/1999 que fixou as diretrizes para o exercício da atividade de ACS. Já em 10 de julho de 2002, foi instituída a Lei nº 10.507 que criou a profissão de ACS, sendo esta revogada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (Brasil, 1999; 2002; 2006b).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), apoiou as iniciativas para a formação dos ACS, por ser uma posição institucional de longa data, decidida na reunião de AB realizada em 1979, em Alma-Ata- URSS. Neste evento, foi reiterada o papel fundamental do ACS na melhoria das condições de vida e saúde da população, devido o elo entre as necessidades, anseios, e demandas de uma comunidade, na qual sua participação é essencial para o exercício de mudanças (Souza, 2003).

No que diz respeito aos requisitos para atuar como ACS, do ano de 1991, até 2002, para exercer o trabalho de ACS no PNACS, PACS e depois PSF, era necessário: residir no território de atuação, ter espírito de liderança e solidariedade, saber ler e escrever, ter disponibilidade de tempo em horário integral, idade mínima de 18 anos. Os âmbitos de atuação prioritários do trabalho de ACS historicamente foram o comunitário e domiciliar (Souza, 2003).

Neste programa, foram contratados mais de seis mil trabalhadores, em grande maioria do sexo feminino, de diferentes cidades do sertão do Ceará. Como forma de seleção estes eram eleitos pela população que residia nas áreas contempladas pelo programa, e tinham que residir no mesmo território em que trabalhariam. A formação destes se dava na forma de treinamentos curtos, sob supervisão das



secretarias municipais de saúde, e os conteúdos centravam-se em promoção da saúde e participação comunitária (Morosini *et.al.*, 2007).

Nos primeiros anos da execução do PACS/PSF para assumir a função de ACS, era necessário apenas ‘saber ler e escrever’. Entretanto, a partir de 2002, por meio da Lei nº 10.507, o pré-requisito passou a ser possuir residência na área da comunidade de atuação, ter concluído o curso de qualificação básica para formação de ACS e o ensino fundamental. A Lei nº 11.350, alterou algumas exigências para atuação como ACS, instituindo na conclusão do ensino médio como necessária, mas, abrindo precedentes para contratação de profissionais com ensino fundamental, e a conclusão de curso de formação inicial de, no mínimo, quarenta horas (Brasil, 2002; 2006b, Morosini; Fonseca, 2018).

Em relação à questão de os ACS terem que residir na comunidade de atuação Riquinho *et al.*, (2018), citam que este requisito coloca o profissional em uma posição de mão dupla, já que ao mesmo tempo que ele mora no território, ele compõe a equipe de saúde. Assim, é possível que as demandas da população cheguem ao conhecimento deste profissional, de forma mais rápida, mas nem sempre sendo possível a resolução de problemáticas, que decorrem do ‘cotidiano vivido’. Além disso, o conhecimento amplo do território, a cultura e costumes deste, também são obtidos. Outro ponto que merece destaque, diz respeito à profissionalização do ACS. Sobre isso, Mélllo, Santos, Albuquerque (p.3, 2023), assim discutem:

Porém, a profissionalização 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 técnico, seja para garantir a elevação de salários correspondentes a este nível de formação.

Em 2004 foi instituído o Referencial Curricular nacional para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) visando possibilitar formação específica para essa área, a fim de diminuir as formações por meio de cursos de curta duração. Este documento delimitou as seguintes atribuições para essa categoria profissional: acompanhamento no domicílio das famílias e grupos; identificação e intervenção dos diversos determinantes e condicionantes que perpassam o processo de saúde e doença, visando promover a saúde e reduzir os riscos para a população; mapear e cadastrar informações sociais, demográficas e de saúde; fomentar a comunicação entre os membros da equipe e a comunidade; e, pautar a prática profissional conforme diretrizes e princípios estruturantes do SUS (Brasil, 2004; Mello; Santos; Albuquerque, 2023).

Complementando, importa detalhar as atribuições específicas que constam na PNAB vigente:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção



Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético; IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades; V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados; VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados; VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência: I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos; II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica; III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar; IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa; VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e, VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (Brasil, 2017).

A pesquisa de Alonso *et al.*, (2021) chama atenção para a indefinição que existe em relação ao perfil dos ACS, marcado por duas perspectivas, sendo uma que discute as atribuições deste profissional por uma perspectiva mais romantizada que desconsidera os percalços e fragilidades de suas atividades, e, outra que atribuem a estes profissionais um papel de salvadores/super-heróis, no qual recai sobre estes a responsabilidade pela consolidação das prerrogativas do SUS, negligenciando os aspectos políticos, sociais e técnicos que repercutem nessa consolidação almejada.

Para os autores acima, a ausência de delimitação da prática do ACS, traz contribuições para que práticas inovadas sejam inseridas no processo de trabalho do campo da saúde, mas também, coloca estes profissionais em uma linha de tensão que é marcada, ora pelas normativas e diretrizes do SUS, ora pela realidade do cotidiano de trabalho, que se apresenta no território e serviços. Diante disso, devido a construção coletivas das ações desenvolvidas pelo ACS, não estarem plenamente estruturadas, surgem aspectos que vão além de questões relacionadas à identidade profissional da categoria, se apresentam questões atinentes à constituição da profissional, aos modos de se pensar, planejar e praticar.

No contexto do trabalho se destacam as funções e o papel do ACS, dentre os quais cabe citar o estar próximo das famílias e realizar cuidados diretos e indiretos com a comunidade que assiste. O papel deste profissional como facilitador tem sido unânime e reconhecido como relevante para desempenhar as funções diante da implementação da ESF (Andrade *et al.*, 2015).



Conforme sugerem Alonso *et al.*, (2021) no contexto das pesquisas científicas, diversos papéis são atribuídos aos ACS, tais como: o de mediador, intérprete, educador, o do profissional que apoia as equipes da ESF e os movimentos sociais da comunidade. Mas, a principal característica desta atuação, se refere a vinculação que este potencializa, dos pacientes com o serviço de saúde.

Parte significativa do trabalho do ACS, é proveniente da realização das visitas domiciliares, as quais são entendidas como o instrumento de sustentação da ESF, e considerada uma das principais atividades do ACS, pois possibilita conhecer o contexto social do usuário e identificar as necessidades de saúde das famílias (Kebian; Acioli, 2014).

Sobre esta atividade, a PNAB de 2017, detalha que cabe ao ACS

III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares (Brasil, 2017).

As visitas domiciliares, dizem respeito ao acompanhamento realizado por estes profissionais relativo às condições de saúde das famílias de sua microárea, e da busca ativa de situações específicas. Nas visitas domiciliares, os ACS realizam o cadastramento dos membros da família, que é a condição para acesso às ESF, dispõem de orientações diversas, repassam informações sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços, dentre outras ações. Por isso, as visitas domiciliares são a mais importante expressão da presença do ACS na comunidade (Morosini; Fonseca, 2018).

A partir deste recurso de trabalho utilizado pelo ACS, é possível que estes profissionais possam intervir sobre uma dada problemática identificada durante a visita domiciliar, sendo este o motivo pelo qual o relacionamento destes com os sujeitos adstritos em seu território possibilitam compreendê-los como mediadores sociais entre o conhecimento popular e científico (Brito; Ferreira; Santos, 2014).

Durante as visitas domiciliares, são realizados os cadastros das famílias, que segundo o Ministério da Saúde, é a etapa inicial do trabalho do ACS. Por meio deste, a equipe de saúde toma conhecimento das reais condições de vida das famílias, condições de habitação, prevalência de doenças, o diagnóstico sociodemográfico, dentre outras informações pertinentes para a compreensão da realidade da comunidade. O ACS, ao realizar o cadastro, contribui para o planejamento e a organização das ações a serem ofertadas para a população, respeitando suas necessidades (Costa *et al.*, 2013).

Conforme refletem Fernandes *et al.*, (2023), o ACS ao integrar as equipes da ESF, são atores de destaque no que diz respeito à promoção, prevenção e controle de doenças. A atuação desta categoria profissional, por sua vez, concede força para a orientação comunitária, que se constitui como um derivado da APS. Além disso, estes profissionais são relevantes para potencializar o fortalecimento da APS, estimulando a vinculação da população adscrita com o sistema de saúde, atuando no estímo de conduzir



os pacientes na busca pela saúde para que possam receber cuidados preventivos, nos seus próprios territórios (Fernandes *et al.*, 2023).

A pesquisa de Alonso, Béguin e Duarte (2018) também evidenciam a atuação dos ACS na ampliação e consolidação da APS, tendo em vista a atuação destes nas ações de identificação de situações de riscos, orientações aos pacientes e encaminhamentos destes para os integrantes das equipes, diante de casos e situações de risco. Este trabalho, contribui para a organização e desenvolvimento das ações de saúde, não apenas em um plano micro (no território local), mas, também no macro (a nível nacional), ao realizarem a inserção de dados no sistema de informação do Ministério da Saúde.

O processo de trabalho dos ACS, constitui-se como recurso estratégico para enfraquecer o modelo biomédico de cuidado à saúde, uma vez que, é dever deste orientar sua atuação a partir de uma diretriz, que é política e social. Além disso, a reconhecida importância deste trabalho decorre do fato de que estes profissionais não baseiam sua atuação em um conjunto engessado de diretrizes teóricas e técnicas, quando se estabelece um paralelo com os outros profissionais que atuam na ESF, como é o caso dos médicos e enfermeiros, que conduzem sua prática mediante os subsídios recebidos nos cursos de graduação (Alonso *et al.*, 2021).

No cenário atual, tem sido evidente uma maior integração das atribuições do ACS com as dos demais membros da equipe da ESF, os quais, de forma gradativa, estão ficando condicionados a desenvolverem sua prática, guiados pelo processo de trabalho de proposto para as equipes, trabalho este, que cada vez mais se mostra baseado ao campo do monitoramento dos indicadores de resultados e produtividade (Morosini; Fonseca, 2018).

A categoria profissional aqui discutida, tem dedicado parte majoritária de sua atuação, no desenvolvimento de atividades que vem sendo desenvolvidas no interior das UBS, tarefas estas, de apoio e burocratizadas, dentre as quais se encontram a organização de fichas/prontuários de pacientes, registro de peso em dias de consultas coletivas, e a organização. As atividades burocráticas externa a UBS, correspondem a entrega de resultados exames, Kit-odonto e de agendamentos de consultas, no domicílio do paciente. Tais atividades desenham um cenário de disputa para o ACS entre o fazer orientado por uma lógica burocrática e a prática que é, essencialmente, destinada a esse profissional: a educação em saúde no território, de modo que compromete as ações voltadas ao território, como por exemplo, a realização de visitas simplistas com curto período de tempo (Morosini; Fonseca, 2018).

Conforme realçam (Morosini; Fonseca, p. 268, 2018). “não somente o tempo, mas também a energia dos ACS passa a ser disputados por duas lógicas: uma que valoriza o trabalho educativo em si e outra que o circunscreve à condição de viabilizador do acesso ao território e do alcance das metas”.



Méllo *et al.*, (2021) também discutem as dificuldades que têm sido colocadas para os profissionais ACS, as quais, são percebidas pelas representações nacional da categoria e, por demais pesquisadores da área, como retrocessos a categoria e modelo de atenção à saúde. Dentre essas dificuldades, os autores citam as atribuições e o perfil que vem sendo projetado para estes profissionais, a luz do fazer de outras categorias profissionais, por exemplo, a de enfermagem. Neste sentido, os autores mencionam que PNAB de 2017, foi um marcador para essa alteração no perfil profissional do ACS, quando designou a estes, atribuições clínicas. Outro ponto que influenciou para essa mudança, foi a criação do Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS).

Refletem Mello *et al.*, (2021, p. 7) que, com a instituição do PROFAGS, ficou “explícita a disputa macropolítica em torno da profissionalização das ACS no contexto brasileiro, buscando distanciá-las de atribuições socioeducativas em detrimento das práticas biomédicas.

O PROFAGS, instituído em 2018, por meio da Portaria nº 83, de 10 de janeiro, revogada em 2020, através da portaria GM nº 105, de 17 de janeiro, foi considerado como reprocesso, por abrir e evidenciar o risco para descaracterização profissional do ACS, por meio da formação em enfermagem proposta por este programa, aos ACS (Nogueira; Barbosa, 2018; Brasil, 2018).

Decorrente dessa descaracterização profissional que vem acometendo a categoria profissional, suas

[...] práticas vêm sendo atravessadas pela racionalidade gerencialista, processo que se aprofunda com a implantação de sistemas de avaliação do trabalho em saúde subsidiados por critérios de desempenho individual, competitividade entre as equipes, remuneração por desempenho e orientação do trabalho baseado em metas quantitativas centradas em procedimentos biomédicos (Nogueira, Barbosa, p. 394, 2018).

No contexto dos desafios que a categoria profissional de ACS enfrenta Méllo, Santos, Albuquerque (2023), citam a reduzida legitimidade concedida a estes, a qual vai muito além de aspectos salariais e trabalhistas. Os desafios são diversos, tais como: vivência de situações constrangedoras, ameaçadoras e de violência, falta de reconhecimento do trabalho, por parte da gestão ou dos demais membros da equipe, bem como a ausência de apoio social.

Faria e Paiva (p. 13, 2020) trazem como desafio para os ACS, a ausência de capacitação para a aquisição de subsídios acerca dos vários elementos que atravessam o processo saúde/doença. Citam os autores que quando há a oferta de processos de capacitação para estes profissionais, estes, comumente, são orientados por um viés que enfoca mais os aspectos biológicos, em detrimento, principalmente, das diretrizes e orientações que o Ministério da Saúde propõe, em relação às atribuições e competências do ACS. Deste modo, pontuam os autores que “os programas educacionais dos ACSs devem ser compostos



e fundamentados para desenvolver competências. Os métodos utilizados de ensino-aprendizagem precisam ser inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise das diversas pesquisas identificadas, foi possível confirmar a importância dos ACS para efetivação do trabalho proposto no contexto da Atenção Primária à Saúde. Ficou evidente também que, a PNAB de 2017, foi um marcador que trouxe prejuízos para o processo de trabalho deste profissional, uma vez que, enfraqueceu o trabalho de educação em saúde, ao designar atribuições clínicas para este profissional. Além do mais, todo material aqui sintetizado, poderá contribuir para uma reflexão crítica sobre a forma como a prática do ACS, tem sido visualizada, no contexto do processo de trabalho da APS.



REFERÊNCIAS

ALONSO, C. M. C; BEGUINI, P. D; PUEYO, V; DUARTE, F. J. C. Agente comunitário de saúde: um mundo profissional em busca de consolidação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n.1, p.1-21, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/xJntKk7rP66wT3YB66LSSpx/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 22 dez. 2023.

ALONSO, C. M. C; BEGUINI, P. D; DUARTE, F. J. C. M Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev Saude Publica*, v.5, p.1-13, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/143839/138483>>. Acesso em: 18 mar. 2024.

ANDRADE, M. S. et al. Occupational hazards and health problems: perceptions of community health workers. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 7, n. 4, p. 3574–3586, 2015. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5185>>. Acesso em: 14 jun. 2023.

BRASIL. Constituição (1988) de 5 de outubro de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília: 1988.

Brasil. Decreto Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 1999.

BRASIL. Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão do Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 2002.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o §5o do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 2006b.

BRASIL. Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 11.350, de 5.10.2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. Diário Oficial da União, Brasília: 2023.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília: 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.

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. Diário Oficial da União, Brasília: 2018.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília: 2011.

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 República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p.

BRASIL. Portaria 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília: 1997.

BRASIL. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília: 2006a.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 119 p.

BRITO, R. S. DE; FERREIRA, N. E. M. S.; SANTOS, D. L. A. DOS. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. Saúde & Transformação Social, v. 5, n. 1, p. 16–21, 2014.

COSTA, S. M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.18, n.7, p.2147- 2156, 2013. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/Hp8zXRHDfeytm6vFb58dRhj/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 17 fev. 2024.

FARIA, C. C. M. DA V.; PAIVA, C. H. A. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 1, p. 1-23, 2020. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/tes/a/8q9cCFQWWnvv6P93MxVJ9Zb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2024.

FARIA, R. M. DE. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, nov. 2020. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWPpRhg5z/#ModalTutors>>. Acesso em: 26 jun. 2023.



FERNANDES, T. F. et al. Condições de trabalho e saúde mental de agentes comunitários de saúde na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, p. 2931–2940, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kRDR7rT64TpC9K8ctDFTPMF/?lang=pt#ModalTutors>>. Acesso em: 25 jan. 2024.

FRACOLLI, L. A; GOMES, M. F. P; GRYSCHKEK, A. L. F. P. L. Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitários de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 3, p. 919-927, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/74R7YphctVV4MbyFwf8VHkq/>>. Acesso em: 12 dez. 2023.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/d783NS5x4f47Z6pyBR5pgvv/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 18 nov. 2023.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 783–794, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/XLjsqcLYxFDf8Y6ktM4Gs3G/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 mar. 2024.

KEBIAN. L.V.A; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 16, n. 1, p.161-169, 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260/16455>>. Acesso em: 12 set. 2023.

MELLO, L. M. B. D; SANTOS, R.C; ALBUQUERQUE, P.C. Agentes comunitárias de saúde e a busca pelo ensino superior: motivações e implicações para a profissão. *Physis*, v. 33, n. 1, p.1-21, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/dhf9QdnHVxjZGSFDDn4Vcwk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 abr. 2024.

MÉLLO, L. M. B. DE D. E 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. 1, p. 1-17, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/F8wfx8yHPyYnQYfcG69zKxf>>. Acesso em: 18 ago. 2023.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, n.1, p. 38–51, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p#>>. Acesso em: 20 set. 2023.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 512p. 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2023.

MENDONÇA, F. F; LIMA, L.D; PEREIRA, A. M.M; MARTINS, C. P. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, v.47, n.137, p.13-30, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vGTXbZ93vfbZdKCyKBGfcGS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 mai.2023.



MINAYO, M. C. et al. Programa de Agentes de Saúde do Ceará: estudo de caso. Unicef, Fundo das Nações Unidas para a Infância: 1990, 60p.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde debate*, v. 42, n.1, p. 261-274, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CtVJJm7MRgkGKjTRnSd9mxG/>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

MOROSINI, M.V; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116 p. 11–24, 2018. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/>>. Acesso em: 20 set. 2023.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia Corrêa. O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, educação e saúde*, v. 5 n. 2, p. 261-280, 2007. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r170.pdf>>. Acesso em: 03 novembro de 2023.

NEPOMUCENO, R. de C. A. O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à Luz da Teoria Comunidades de Prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1637-1646, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/WsgvDVG3gBmZz5Lyr6gNhcc>>. Acesso em: 14 mar. 2024.

NOGUEIRA, M. L; BARBOSA, I. C. Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde: quando uma formação profissional se torna mais uma ameaça ao SUS. *Trab. Educ. Saúde*, v. 16 n. 2, p. 393-396, 2018. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/tes/a/X98r4YyFVxL58GHBpqPj54g/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 abr. 2024.

OLIVEIRA, V. A Estratégia Saúde da Família no estado de São Paulo: mecanismos e determinantes de difusão da política pública. *Revista de Sociologia e Política*, v. 31, n. 1, p.1-16, 2023. Acesso em: abr. 2024. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/pM7L838rWHzVYRV6yC98sJx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PINTO, L.F, GIOVANELLA L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.,6, p.1903-1913, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 24 mar. 2024.

PONTES, A. P. M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, , v. 13, n. 3, p. 500-07, 2009. Acesso em: 12 set. 2023. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ean/a/FGxx6mRxgRTDNVByFycsMpQ/abstract/?lang=pt>>.



RIQUINHO, D. L. et al. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 16 n. 1, p. 163-182, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/pSkqkSzg9bG39YmZyMzdtwR/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 18 nov. 2023.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente de saúde comunitário: o ser, o saber, o fazer. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1433-1434, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/jrZGqXstgKr4xxwDGgYk8dP/>>. Acesso em: 18 jan. 2024.

SILVA, T. 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. 58-69, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/prYWBkrvCywK6Hw5C5TbvQv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 16 jan. 2024.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 113-128, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Pvxdg3vqg6GLZTj9v6YtyYr/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 14 abr. 2024.

SOUSA, M. F. *Agentes Comunitários de saúde: choque de povo*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. 162 p.

SOUSA, M. F. D. *Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo*. São Paulo: Editora HUCITEC, 2003.

SOUZA, H. M. Saúde da família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. (Org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002. p. 221-240

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: O que é e como fazer. *Einstein*, v. 8, n. 1, p.102-106, 2010.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 8, N. 2, p. 11-48, 1998. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/8mXrz3TFbzTFPKzYXV5FRrz/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 5 ago. 2023.