

Agentes Comunitárias na Estratégia Saúde da Família: 30 anos de resistência e avanços

Community Health Agents in the Family Health Strategy:
30 years of resistance and achievements

Agentes Comunitarias en la Estrategia Salud de la Familia:
30 años de resistencia y avances

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini <https://orcid.org/0000-0001-6720-3150>¹; Angelica Ferreira Fonseca <https://orcid.org/0000-0003-1694-1959>¹; Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer <https://orcid.org/0000-0003-4237-8995>²

Resumo Este artigo analisa a trajetória das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família em seus 30 anos, destacando seu papel na consolidação da Atenção Primária (APS) no SUS. Objetiva compreender como as políticas públicas influenciaram seu trabalho, formação e profissionalização, além dos desafios enfrentados. Utiliza abordagem histórico-crítica, com análise documental (leis, portarias) e revisão bibliográfica, baseada nos referenciais da APS Integral e da determinação social da saúde. Conclui-se que: 1) as ACS passaram de ocupação para profissão regulamentada, com avanços legislativos; 2) seu trabalho enfrenta tensões entre burocracia e atuação comunitária, agravadas pela redução de sua presença nas equipes; e 3) lidam com violência, crise socioambiental e desinformação. Apesar das adversidades, as ACS se consolidaram como trabalhadoras essenciais ao SUS, fundamentais para a territorialização, a orientação comunitária e o trabalho multidisciplinar, cujo futuro do trabalho depende das orientações que prevalecerão na condução da APS no Brasil.

Palavras-chave Atenção Primária em Saúde, Agente Comunitário de Saúde, Política de saúde, Processo de trabalho em saúde

Abstract This article analyzes the trajectory of Community Health Agents (CHAs) in the Family Health Strategy over its 30 years, highlighting their role in consolidating Primary Health Care (PHC) within Brazil's Unified Health System (SUS). It aims to understand how public policies shaped their work, training, and professionalization, and the challenges faced. Using a historical-critical approach, it combines document analysis (laws, ordinances) and literature review, aligned with Comprehensive PHC and social determination of health frameworks. Key findings: (1) CHAs evolved from an occupation to a regulated profession with legislative achievements; (2) their work faces tensions between bureaucratic and community roles, aggravated by the decrease in their presence within the teams, harming comprehensive PHC; and (3) they confront violence, socio-environmental crises, and misinformation. Despite the adversities, CHAs have established themselves as essential workers for the Unified Health System (SUS), which is crucial for territorialization, community orientation, and multidisciplinary work, whose future depends on the direction that will prevail in the conduction of PHC in Brazil.

Key words Primary Health Care, Community Health Agents, Health Policy, Healthcare Work Process

Resumen Este artículo analiza la trayectoria de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en la Estrategia Salud de la Familia durante sus 30 años, destacando su rol en la consolidación de la Atención Primaria de Salud (APS) en el Sistema Único de Salud brasileño. Objetiva comprender cómo las políticas públicas moldearon su trabajo, formación y profesionalización, así como los desafíos enfrentados. Emplea un enfoque histórico-crítico con análisis documental (leyes, normativas) y revisión bibliográfica, articulado a los referenciales de APS Integral y determinación social de la salud. Hallazgos clave: 1) los ACS pasaron de ocupación a profesión regulada con logros legislativos; 2) su trabajo enfrenta tensiones entre dimensiones burocráticas y comunitarias, agudizado por la disminución de su presencia en los equipos, perjudicando la APS integral; y 3) enfrentan violencia, crisis socioambiental y desinformación. A pesar de las adversidades, las Agentes Comunitarias de Salud se han consolidado como trabajadoras esenciales del Sistema Único de Salud, fundamentales para la territorialización, la orientación comunitaria y el trabajo multidisciplinario, cuyo futuro laboral depende de las directrices que prevalezcan en la conducción de la APS en Brasil.

Palabras clave Atención Primaria de Salud, Agentes Comunitarios de Salud, Política de salud, Proceso de trabajo en salud

¹ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4365, Manguinhos. 21040-900 Rio de Janeiro RJ Brasil. marcia.morosini@fiocruz.br
² Fundação Oswaldo Cruz - Ceará. Eusébio CE Brasil.

Introdução

Ao se abordar os trinta anos da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, é importante destacar as particularidades que a distinguem frente às experiências internacionais que a influenciam e localizar o papel das agentes comunitárias de saúde (ACS) nessas distinções. Cabe notar que o modelo brasileiro adere às diretrizes difundidas a partir de Alma-Ata e renovadas por Starfield¹ cujas contribuições, em especial a definição dos atributos próprios à APS, foram amplamente difundidas e adotadas na configuração de políticas e na organização dos serviços da chamada Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre seus aspectos distintivos, destacam-se três eixos estruturantes da ESF: a perspectiva da territorialização, a orientação comunitária e o horizonte do trabalho multidisciplinar.

A territorialização² praticada na ESF não se limita a um dispositivo organizativo, de distribuição de responsabilidades, recursos, serviços e equipes frente à população, configurando o que se convencionou chamar de áreas de abrangência. Mais do que isso, dá consequência à concepção da determinação social do processo saúde-doença, reconhecendo o território na perspectiva das relações que se estabelecem, das vivências, das práticas culturais, das microrrelações de poder que constituem a produção da vida no território, em constante interação e movimento.

A orientação comunitária³ está intrinsecamente relacionada com esta concepção de territorialização e implica reconhecer a importância da participação popular na APS. Significa planejar e construir as ações e os serviços de saúde de modo participativo, criando espaços e estratégias de mobilização e diálogo com as pessoas que vivem nos territórios abrangidos, de modo a conhecer suas condições de vida, relações e necessidades de saúde. Evoca a ideia de que há saberes e modos de vida que precisam ser compreendidos para que se produza a melhor atenção à saúde, aquela que agrega, que permite a produção de vínculo e a continuidade do cuidado.

A perspectiva do trabalho multidisciplinar deriva da percepção da complexidade do processo saúde-doença, do entendimento de que as várias dimensões – biológicas, culturais, ambientais, relacionais, sociais, políticas, dos afetos e da sensibilidade – que conformam o viver humano produzem as condições pelas quais se

adoece, se cuida, se restabelece a saúde e se morre. Remete à necessidade de composição de um processo de atenção e de cuidado que reúna e articule os diferentes conhecimentos e práticas – multidisciplinares – que precisam ser convocados para responder às necessidades de saúde na APS.

Estes são aspectos centrais da concepção da APS integral que se conectam diretamente com o trabalho das ACS. Dito de forma mais clara, na APS, a territorialização e a orientação comunitária dependem, em grande parte, do trabalho das agentes. Elas atuam desde o início no processo de territorialização, participando do mapeamento, do diagnóstico e do cadastramento, e seguem mantendo esse processo vivo, atualizando as informações e os contatos. Isto é possível por meio da sua presença regular no território e do vínculo que estabelecem com as pessoas que acompanham e das mediações que realizam entre estas e os demais profissionais. Cabe lembrar que, muitas vezes, a presença dos demais profissionais no território precisa da companhia das ACS que conhecem o espaço e as dinâmicas locais. A mobilização comunitária segue sendo uma atribuição veiculada pela política para essas trabalhadoras e faz parte do seu histórico de atuação.

Em relação ao trabalho multidisciplinar, as ACS ajudam os demais profissionais a construir uma compreensão mais sensível e abrangente das particularidades das pessoas, das famílias e das comunidades. Fazem isso por meio de um olhar duplamente qualificado: pela vida em comum, compartilhada com as pessoas no território, e pelo conhecimento construído na área da saúde. Dão visibilidade a problemas de ordens variadas, que não seriam manifestos pelas pessoas nas idas aos serviços. São situações que requerem relações de confiança e cumplicidade que se desenvolvem na continuidade do contato e pelo acesso aos espaços de convívio privado, em especial nas visitas domiciliares (VD).

Inventário da Trajetória das ACS na APS brasileira

As ACS integram um grupo internacionalmente denominado *Community Health Workers*, cujos atributos variam entre os diversos países que adotam sua presença na APS. Sobre eles, recaem diferentes requisitos, modos de inserção na saúde e atribuições, variando de atividades de prevenção e promoção, clínicas e de educação em saúde. Podem ser permanentes ou transitórios, com caráter voluntário ou profissional, com atividades próprias e/ou em substituição a pro-

fissionais ausentes em territórios desassistidos, de mais difícil acesso^{4,5}.

Diante dessa variabilidade, outra particularidade distintiva da APS brasileira é o modo como o trabalho das ACS se instituiu no SUS. Elas integram as equipes de Saúde da Família (eSF), correspondendo a um posto de trabalho no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e a uma profissão regulamentada por meio de Lei Federal, de normativas dos Ministérios da Saúde e da Educação.

Em perspectiva histórica, o trabalho das ACS antecede a constituição da Estratégia Saúde da Família, em seu primeiro formato, o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, remetendo ao ano de 1991, quando é criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Incorpora elementos de experiências desenvolvidas no Nordeste, notadamente o Programa de Agentes de Saúde do Ceará, iniciado em 1987⁶.

Tem inspiração em ideias difundidas por organismos internacionais e em projetos governamentais brasileiros de interiorização de ações e serviços de saúde, de promoção de acesso a populações de localidades ou áreas desassistidas, com centralidade para a chamada educação sanitária.

Das experiências que antecederam o PACS, uma ideia tem centralidade, tornando-se justificativa para a incorporação das agentes à política pública: que a sua origem e pertencimento (ou representatividade) sociocultural aos territórios é condição para viabilizar a entrada, a reaproximação e a construção de relações e vínculos entre os serviços, equipes de saúde e a população^{5,7}.

Sob essa perspectiva, foram definidos o primeiro perfil social atribuído às ACS e os requisitos de acesso ao trabalho: ser moradora da comunidade em que atua, saber ler e escrever, ter disponibilidade de 40h, com a valorização de um atributo subjetivo peculiar – o pendor à solidariedade⁸. Desse modo, o trabalho das ACS se sustentaria mais em características de ordem cultural, em saberes tácitos e disposição subjetiva, em detrimento de conhecimentos técnicos e formação profissional. Corroboraram essa concepção as evidências de que foram alcançados resultados importantes sobre indicadores sensíveis, como a mortalidade infantil, com intervenções e medidas de educação em saúde, tais como terapia de reidratação oral, estímulo ao aleitamento materno e à imunização⁵.

Há que se contextualizar a política de saúde que promove o trabalho das ACS na interface com a política social representada pelo Programa Comunidade Solidária, numa conjuntura

de desemprego e recessão na década de 1990. A focalização em grupos vulneráveis, como as mulheres, fez parte do repertório de ideias que orientavam as políticas e pretendiam promover o acesso a atividades remuneradas de grupos sociais com trajetórias de trabalho precário, informal e intermitente. As mulheres da classe trabalhadora empobrecida, que assumiram a liderança e o provimento das famílias, foram priorizadas⁹.

Essa história se fez também em meio aos movimentos sociais de base popular, na luta pela redemocratização do país, especialmente em prol da saúde pública, como o Movimento Popular de Saúde (MOPS). Esse traço político está expresso na participação de agentes de saúde como delegadas na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual se definiram princípios e diretrizes que orientaram a formulação do SUS e em cujo relatório se encontra a indicação de contratação de agentes para compor o novo sistema⁵. Materializa-se também na atribuição conferida às ACS de promoção da participação popular, diretriz do SUS, presente nos documentos orientadores do PACS, do PSF e da ESF.

As ACS capilarizaram-se no território nacional, estão presentes em todos os municípios¹⁰, sendo hoje uma força de trabalho que soma 282.155 pessoas, das quais 81,2% são mulheres¹¹, motivo pelo qual utiliza-se o gênero feminino neste artigo. Sua trajetória profissional foi permeada pelos efeitos que a concepção originária sobre seu perfil social projetou no seu trabalho e na sua formação, assim como pela sua inserção nas equipes de saúde, acompanhando a expansão da rede de APS.

O cenário que se quer caracterizar, na particularidade da ESF, é de um trabalhador que precisa simultaneamente realizar o seu trabalho, legitimar o seu lugar na equipe e lutar por sua profissionalização. Essas características contribuíram, no contexto de uma política em constante construção, para uma especial vulnerabilidade do trabalho das ACS às mudanças de direcionamento na APS brasileira, requerendo constante mobilização da categoria. Essa vulnerabilidade se expressa nas mudanças de escopo e conteúdo de suas atividades, chegando a repercutir sobre a sua presença nas equipes. Trata-se de uma relação quase imediata entre as mudanças operadas na política e as diretrizes definidas para o seu trabalho. Desse modo, alterações no trabalho das ACS podem ser percebidas como marcadores das tendências e dos sentidos da APS. Isso, que se apresenta como uma

vulnerabilidade, pode ser interpretado também como expressão de sua importância, uma vez que qualquer direcionamento que se pretenda dar à APS repercute direta ou indiretamente no trabalho das agentes.

As políticas e a conformação do trabalho e da profissão de ACS

É fato que a institucionalização do trabalho das ACS é produto da política pública e seus contornos são delineados na relação com as perspectivas orientadoras da política. Se perguntarmos no que consiste a centralidade do trabalho das ACS, seu núcleo estratégico, encontraremos respostas variadas ao longo do tempo, mas também no mesmo tempo histórico, revelando disputas existentes em torno do seu trabalho.

Para entender essas respostas, é necessário observar tanto o plano do discurso da política (documentos normativos e orientadores), quanto a realidade do trabalho e a perspectiva das ACS. O corpus documental sobre o qual este artigo se debruça consiste sobretudo em Portarias e Notas Técnicas, Decretos, Projetos de Lei, Leis Federais, Referencial e Diretrizes curriculares que enfocam o trabalho e a formação das ACS. Estes documentos estão assinalados em negrito no Quadro 1 que apresenta os principais documentos normativos e fatos que influenciaram a conformação do trabalho e da formação das ACS, assim como a sua luta política.

Algumas expectativas e atribuições que permanecem no discurso da política vão se tornando inexequíveis no plano da realidade, em função de mudanças no enfoque da gestão do cuidado e do trabalho. Esse é o caso, por exemplo, do estímulo à participação da comunidade que tem sido preterida no cotidiano do trabalho das agentes, ainda que se mantenha entre suas atribuições na PNAB 2017¹².

Percebe-se aqui uma tensão entre duas dimensões do trabalho das ACS. Uma está relacionada à tendência crescente de padronização de atividades, associada a objetivos de acompanhamento, controle e avaliação do trabalho, alinhados à lógica de metas de desempenho que atendem às finalidades da gestão de caráter gerencialista, cada vez mais dominante no setor público, e premida pela lógica da mensurabilidade. Outra dimensão está ligada à dinâmica da interação com os sujeitos do processo da atenção e do cuidado que remete ao reconhecimento da singularidade das pessoas, do ambiente e da coletividade, ou seja, às experiências

vivenciadas no território. Essa segunda dimensão é estruturante da perspectiva da educação em saúde de caráter emancipatório, que implica a compreensão e a produção compartilhada do conhecimento, distinguindo-se da tradicional educação sanitária que reproduz o modelo de transmissão de saberes.

É nesta segunda dimensão que se encontram as manifestações críticas das ACS a respeito do seu trabalho. Amplamente divulgadas como 'elo' ou 'ponte' entre as equipes, os serviços de saúde e a população, a quem se delega a função de promoção do acesso à saúde e de mediação cultural, as agentes formaram sua própria visão sobre o trabalho, na relação com as pessoas que atendem e com quem compartilham a vida no território. Nesse processo, implicaram-se com a responsabilidade de promover o direito à saúde, por meio da viabilização do atendimento das necessidades de saúde da população, e é sobre isso que recaem suas queixas. As agentes se ressentem da dificuldade em atuar na promoção do acesso aos serviços de saúde, em especial, em relação às necessidades que extrapolam a APS. Há também o incômodo em perceber o seu tempo de trabalho crescentemente tomado pelas atribuições que elas identificam como de caráter burocrático-administrativo. Nesse sentido, a crítica das trabalhadoras dirige-se à escassez de tempo dedicado ao território, onde deveriam estar realizando atividades de educação em saúde, em especial nas VD, com condições que permitam a escuta e o diálogo^{7,13}.

Em síntese, entende-se que as ACS se veem como trabalhadoras que deveriam garantir o direito à saúde, seja pela viabilização do acesso, seja pela prática da educação em saúde. A educação em saúde requer o entendimento da realidade e a construção de um conhecimento em múltiplas vias, partindo de um saber que elas precisam ter tempo para aprender ou desenvolver; de um saber que elas precisam reconhecer nas outras pessoas; admitindo que isso só se concretiza por meio de encontros. Os encontros são com as pessoas que atendem, mas também com os outros profissionais da equipe, em processos coletivos de discussão sobre a realidade cotidiana do trabalho.

Aqui encontra-se um problema que não se restringe às ACS, mas que tem sido manifesto por outros trabalhadores das equipes de Saúde da Família, identificando uma situação comum no processo de trabalho na APS brasileira. Trata-se do esvaziamento dos momentos coletivos dedicados às discussões de casos, trocas de experiências, identificação de desafios e construção

Quadro 1. Principais marcos de inflexão do trabalho das ACS no SUS.

Governo	Ano	Fato, documento normativo ou legislação
Sarney	1987	Lançamento do Programa de Agentes de Saúde do Ceará
Collor de Melo	1991 1992	Lançamento do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), redenominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
Itamar Franco	1994 1994	Lançamento do Programa Saúde da Família (PSF) Criação da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) - fortalece o movimento nacional de organização das ACS
Fernando Henrique Cardoso	1996	Portaria 2203/MS/1996 - NOB/96 - cria o PAB fixo e o PAB variável, com incentivos para a adoção do PACS e do PSF, assumindo a condição de estratégia para o modelo de APS
	1997	Portaria nº 1.886/MS/1997 - aprova as normas e diretrizes do PACS e do PSF e define atribuições dos ACS
	1999	Decreto nº 3189/1999 - fixa as diretrizes para o exercício da atividade de ACS e dá outras providências
	2002	Documento do MS: Modalidade de Contratação de Agentes Comunitários de Saúde: um pacto tripartite - orienta sobre as formas de contratação, apresentando a modalidade via OSCIP (Lei 9.790/1999 - lei do terceiro setor) com direitos segundo a CLT
	2002	Lei nº 10.507/2002 - institui a profissão de ACS e estabelece a obrigatoriedade de realização de um curso de qualificação básica
Lula da Silva	2003	Realização do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização do Trabalho no SUS - ACS é um dos trabalhadores enfocados
	2003	Procedimento Investigatório nº 160/2003, instaurado pelo Ministério Público do Trabalho, para apurar as formas de contratação dos ACS, devido às denúncias de vínculos precários
	2003	Portaria nº 2.430/GM/MS/2003 - cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS
	2004	Publicação do Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde - MS/MEC - base para a formação técnica da categoria em três etapas formativas, cuja pactuação tripartite limitou-a à primeira etapa
	2006	Documento do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecariza SUS: perguntas & respostas - Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS
	2006	Emenda Constitucional 51/2006 - cria o processo seletivo público para os ACS e ACE
	2006	Medida provisória 297/2006 - revoga a Lei 10.507/2002
	2006	Lei nº 11.350/2006 - regulamenta a profissão, estabelece o vínculo direto com estados e municípios via CLT e a formação: inicial e continuada, mantendo o previsto na Lei 10.507
	2006	PL 270/2006 - propõe o piso salarial dos ACS e ACE
Dilma Rouseff	2014	Lei 12.994/2014 - estabelece o Piso Salarial e as diretrizes para o Plano de Carreira dos ACS e ACE
	2015	Decreto 8.474/2015 - regulamenta o Piso Salarial dos ACS e ACE
	2015	Nota Técnica nº 09/2015 da Secretaria de Políticas da Previdência Social/MPS sobre o regime jurídico de trabalho e o regime previdenciário dos ACS e ACE
	2015	Publicação pela SGTES/MS do Plano de Regularização, Qualificação do Trabalho, Educação e Valorização dos Agentes de Saúde (ACS/ACE)
	2015	Portaria nº 243/MS - dispõe sobre o Curso Introdutório para ACS e ACE e seu conteúdo
	2015	Protocolo nº 009/2015 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS - institui as diretrizes da Agenda Nacional do Trabalho Decente para os Trabalhadores do SUS
	2016	Portaria 958/2016/MS - altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/2011 - suprime o ACS da equipe mínima da ESF, cuja presença passa a ser facultativa e intercambiável com o técnico de enfermagem

continua

de estratégias conjuntas, de agenda de trabalho comum. No sentido contrário, esses espaços foram tomados pela agenda administrativa, pelas ações de controle, avaliação e prestação de con-

tas do trabalho, com poucas oportunidades para interações de outra ordem^{7,13}.

Esse cenário se agrava recentemente com a diminuição do número de ACS nas equipes e a

Quadro 1. Principais marcos de inflexão do trabalho das ACS no SUS.

Governo	Ano	Fato, documento normativo ou legislação
Temer	2016	Revogação, em 09 de junho de 2016, da Portaria 958 de maio de 2016
	2016	Projeto de Lei - PL 6.437/2016 - Altera a Lei 11.350, no que diz respeito as atribuições, a formação e aos direitos dos ACS e ACE
	2017	Portaria MS/GM nº 2.436/2017 (PNAB 2017) - aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Não indica número mínimo de ACS/eSF; altera suas atribuições, incorporando práticas de enfermagem e ações do ACE; facilita a adesão ao modelo de AB tradicional, criando incentivos para as eAP (equipes sem previsão de ACS)
	2018	Lei 13.595/2018 - Altera a Lei nº 11.350/2006 - reformula as atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional; indica a formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias
	2018	Portaria 83/2018 - institui o Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde (Profágs) - não implementado
Bolsonaro	2019	Portaria nº 2.979 - Programa Previne Brasil - novo modelo de financiamento da APS - ênfase no cadastramento, intensifica o trabalho da ACS e adoção de indicadores de desempenho que não favorecem o trabalho de educação em saúde
		Portaria 2.539/MS/2019 - institui a equipe de atenção primária (eAP), podendo ser constituída sem ACS, somente por médico e enfermeiro, e flexibiliza a carga horária desses profissionais
	2020	Publicação de novas diretrizes para a formação técnica - “Técnico em Agente Comunitário de Saúde – ACS: diretrizes e orientações para a formação”
	2020	Portaria MS nº 3.241/2020 - institui o Programa Saúde com Agente
	2021	Nota Técnica nº 546/2021-CGFAP/DESF/SAPS/MS - especifica a legislação regulamentadora do exercício das atividades dos ACS, tipo de vínculo e as regras sobre o cadastro destes profissionais em estabelecimentos da APS
	2022	Emenda Constitucional nº 120/2022 - dispõe sobre a responsabilidade financeira da União na política remuneratória e na valorização de ACS e ACE, estabelecendo que o piso salarial não pode ser inferior a dois salários-mínimos, insalubridade e aposentadoria especial
	2022	Publicação do primeiro edital do Programa Saúde com Agente - oferta nacional da formação técnica para ACS e ACE em modalidade à distância, com apoio do CONASEMS
Lula da Silva	2023	Lei nº 14.536/2023 - altera a Lei nº 11.350/2006, a fim de considerar ACS e ACE profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica
	2024	Programa Mais Saúde com Agente - segunda leva de formação do Programa
	2024	Portaria GM/MS nº 3.493/2024 - institui o cofinanciamento federal do Piso da APS, com ênfase no cadastro completo e atualizado e acompanhamento da população

Fonte: Autoras com base em quadro anteriormente publicado¹⁹.

constituição de equipes sem essa trabalhadora, diminuindo a capacidade de contribuir para a territorialização, para a orientação comunitária e o trabalho multidisciplinar.

Equipes sem ou com poucas ACS: trabalho descaracterizado e sobrecarga

A composição mínima das eSF se consagrou como: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e ACS. Antes da PNAB de 2017¹², nas versões da PNAB de 2006¹⁴ e 2011¹⁵, definia-se o número de ACS por equipe, tendo em vista o número de pessoas sob responsabilidade de cada ACS e de cada equipe. Os parâ-

metros de cálculo eram os seguintes: o número máximo de pessoas por ACS (n=750) e de ACS por equipe (n=12), em relação ao número recomendado e ao número máximo de pessoas por equipe (3.000 e 4.000, respectivamente); um cálculo que apontava para, pelo menos, quatro ACS por equipe.

A partir da PNAB 2017¹², deixa de ser indicado um padrão mínimo para a participação das ACS por equipe, além de admitir a composição de equipes sem essas trabalhadoras, as equipes de Atenção Básica. A Portaria 2.539/2019¹⁶ normaliza essas equipes, nomeando-as como equipes de Atenção Primária (eAP) e indicando a possibilidade de elas serem constituídas por

somente médico e enfermeiro. Nesta Portaria, em relação à composição das chamadas eAPs não são mencionadas as ACS, nem as técnicas e auxiliares de enfermagem. Percebe-se a prevalência de uma certa concepção estreita de clínica, fortemente orientada pela perspectiva biomédica, medicalizadora, individual e assistencial, baseada em patologias e procedimentos, que suprime as dimensões relacionais e sociais do processo saúde-doença e cujo olhar esvazia de resolutividade o trabalho das ACS.

O efeito disso se revelou na diminuição da presença das ACS nas equipes e na constatação da existência de equipes sem ACS na APS brasileira. Em estudo de Morosini *et al.*¹⁷, observou-se que, em quatro das cinco capitais brasileiras estudadas, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e Salvador, havia eSF com apenas uma e com duas ACS. Os casos mais relevantes eram Salvador e Porto Alegre. Ambos os municípios possuem eAP e eSF. Em Salvador, que apresenta 106 eAP, 93,4% dessas equipes não tinham ACS em sua composição. Das 369 eSF desse município, 45,5% tinham até 3 ACS; 54,4% tinham quatro ou mais ACS, com maior concentração na faixa de 4 ACS por equipe. Um dado particularmente significativo foi que, do total geral de equipes na Atenção Básica em Salvador, 165 equipes (34,7%) apresentavam apenas uma ou nenhuma ACS em sua composição.

Em Porto Alegre, as eAP correspondiam a 28% das equipes da Atenção Básica e havia presença importante de equipes sem ACS, correspondendo a 29,3% do total das equipes, sendo 85,2% das eAP e 7,8% das eSF. Na faixa equivalente a equipes que funcionam com nenhuma ou uma ACS, encontravam-se 78,2% das equipes e, com até três ACS, 98,9% do total das equipes da capital gaúcha¹⁷.

Em estudo de Freire¹⁸, dados da plataforma e-gestor demonstraram que houve redução do número de ACS em todas as regiões do país, com reduções mais significativas nas regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste. Ainda segundo os autores, cidades com maior IDH, maior porte populacional e maior desigualdade tendem a apresentar maior chance de redução do número de ACS. Entende-se que se deve considerar também as modalidades de contratação menos estáveis que facilitam a demissão dessas trabalhadoras.

O Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde de 2024 indica que 96,4% das unidades contam com ACS nas equipes, entretanto, 38,5% dessas unidades apresentam alguma microárea sem ACS¹⁰. Três regiões – Centro-Oeste (54,8%), Sul (46,1%) e Norte (41,7%) – têm

índice superior ao nacional, revelando que a cobertura plena por ACS persiste como uma dificuldade, conforme Quadro 2. Esses dados são dinâmicos e devem ser contextualizados em cada ciclo de gestão municipal.

O processo de supressão das ACS das equipes vem acompanhado das mudanças de suas atribuições¹⁹ conformando tanto um quadro de sobrecarga para as ACS que permanecem atuando, quanto de alterações importantes na dinâmica e conteúdo de suas atividades. Essas mudanças se movem em dois sentidos: da incorporação de atividades de caráter burocrático-administrativo ou de apoio instrumental a outros profissionais, quanto da incorporação de atividades de cunho assistencial, típicas de enfermagem, em atendimento às pressões por resolutividade. Essas últimas têm se justificado pelas modificações no quadro demográfico e sanitário da população brasileira que colocaria em xeque o papel dessas trabalhadoras nesse novo contexto. Esse debate mais recente remete a outro anterior que indaga se as ACS teriam atribuições junto aos grupos populacionais de classe média, com maior escolaridade e maior facilidade de acesso a bens e serviços de saúde.

Enquanto as atividades classificadas como burocráticas são percebidas como prejudiciais ao exercício do seu trabalho, a atuação de perfil assistencial é compreendida como o reconhecimento de um trabalho frequentemente realizado de modo informal, em atendimento a demandas da comunidade e que contribuem para legitimar o seu trabalho e fortalecer os vínculos com as pessoas. Nesse caso, o território e não a unidade, é referido como o local no qual essas ações devem ser praticadas pelas ACS, garantindo que não sejam utilizadas em substituição às profissionais de enfermagem.

Cabe notar que, nas mudanças mais recentes nas políticas que buscam retomar o direcionamento da APS na recomposição dos atributos que caracterizam a APS integral, a nova política de cofinanciamento valoriza o cadastro completo e atualizado e o acompanhamento da população como variáveis. São dois processos nos quais as ACS têm papel fundamental. O que cabe analisar é o quanto a política é capaz de qualificar esse acompanhamento, ultrapassando a dimensão quantitativa e incorporando os aspectos qualitativos relacionados à dimensão intersubjetiva. O fato de se considerar o vínculo como um componente do cofinanciamento e a redução do valor previsto para as eAPs, em comparação com o valor atribuído às eSF, permite uma expectativa positiva.

Quadro 2. Cobertura das ACS nas equipes e nas microáreas, nas regiões e no país, 2024.

Presença e cobertura de ACS		Centro-Oeste n (%)	Nordeste n (%)	Norte n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Brasil n (%)
Nesta UBS, TODAS as equipes de Saúde da Família contam com ACS?	Não	192 (6.4%)	456 (2.7%)	133 (3.6%)	413 (3.5%)	308 (5.1%)	1.502 (3.6%)
	Sim	2.785 (93.6%)	16.677 (97.3%)	3.599 (96.4%)	11.419 (96.5%)	5.750 (94.9%)	40.230 (96.4%)
Nesta UBS, existe alguma microárea descoberta por ACS?	Não	1.345 (45.2%)	11.328 (66.1%)	2.174 (58.3%)	7.539 (63.7%)	3.268 (53.9%)	25.654 (61.5%)
	Sim	1.632 (54.8%)	5.805 (33.9%)	1.558 (41.7%)	4.293 (36.3%)	2.790 (46.1%)	16.078 (38.5%)

Fonte: Censo das Unidades Básicas de Saúde - Sumário Executivo¹⁰ (p.66).

ACS em movimento: regulamentação do trabalho, despreciação dos vínculos e formação profissional

O movimento organizado das ACS é representado em âmbito nacional pela Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e pela Federação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (FENASCE) que têm desempenhado papel fundamental na conquista de direitos. Trata-se de uma categoria muito expressiva em termos quantitativos, em relação à sua capilarização no território nacional e à sua capacidade de mobilização.

Diante dessas características, indaga-se o que fez necessário, após trinta anos de atuação na ESF, haver uma Lei Federal – Lei nº 14.536/2023²⁰ – para que se reconheça as ACS como trabalhadoras da saúde? A resposta a essa pergunta recupera várias questões que a categoria enfrentou na trajetória que precisou percorrer para conquistar progressivamente aspectos de sua profissionalização. Tem a ver com a ideia de que a formação profissional, acompanhada da elevação de escolaridade, poderia descaracterizar o perfil social atribuído às ACS, fazendo com que estas deixassem de se identificar com as pessoas que atendem. A exigência de residência na comunidade e o fato de que sua formação precisar ser promovida por meio de política e recursos públicos⁷.

A exigência de residir na comunidade gerou a impossibilidade de realização de concurso público, instrumento de seleção que não permite a discriminação por local de residência. Tal exigência foi mais uma condição que contribuiu para o processo de precarização da contratação da ACS para o trabalho. O argumento quanto à

perda da identidade com a comunidade foi utilizado também contra o acesso das ACS ao cargo de funcionário público, cuja estabilidade poderia comprometer esse atributo. Os reflexos dessas interdições marcaram as condições nas quais as ACS construíram sua história profissional.

Instituído como ocupação no SUS em 1991, somente em 2002, o trabalho das ACS foi reconhecido como profissão pela Lei 10.507²¹. Cabe lembrar que a atividade de ACS partiu de requisitos muito básicos: saber ler e escrever, residir na comunidade em que vai atuar, ter disponibilidade de 40 horas. Com a criação da profissão, a escolaridade é definida como ensino fundamental completo e a preparação para o trabalho requer um curso de qualificação, à época, caracterizada como básica.

A Lei 11.350²², publicada em 2006, atende a uma reivindicação relativa ao vínculo dessas trabalhadoras, ao definir “o vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional”. Essa decisão é uma conquista da ação organizada da categoria que fortaleceu o movimento pela despreciação das modalidades de contratação que afetava a maior parte das ACS.

Com relação aos vínculos, dados de pesquisas nacionais indicam que o quadro se modificou, com maior participação de contratos mais estáveis com direitos trabalhistas associados, como forma de vinculação dos agentes. Outra conquista da categoria foi a aprovação do piso salarial nacional no valor de R\$ 1.014,00 (mil e quatorze reais), 28% acima do salário-mínimo da época. Este valor foi modificado pela Emenda Constitucional nº 120/2022²³ que estabeleceu dois salários-mínimos como limite mínimo e instituiu o pagamento de insalubridade e a aposentadoria especial.

Em relação à formação, destacam-se dois momentos. O primeiro foi a publicação, em 2004, do Referencial Curricular do Curso Técnico para Agente Comunitário de Saúde²⁴, que previa três etapas formativas, com requisitos de escolaridade progressivos, para abranger o conjunto das trabalhadoras. Essa formação não foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, permanecendo a qualificação inicial, por meio da oferta da primeira etapa do Curso Técnico. Em 2020, foi publicado o documento Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde – ACS: diretrizes e orientações²⁵, que passa a orientar a formação técnica voltada para essas trabalhadoras.

O segundo momento é a realização, com abrangência nacional, da formação técnica de toda a categoria, por meio do Programa Saúde com Agente²⁶⁻²⁸, cujo primeiro edital foi lançado em 2022, renomeado Mais Saúde com Agente²⁹, e o segundo edital em 2024. O Programa é promovido pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Consiste na oferta de dois cursos técnicos – Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde e Curso Técnico em Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias –, na modalidade à distância, com utilização do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e a participação de tutores e preceptores. São previstas atividades presenciais, de caráter prático, desenvolvidas nos locais de trabalho das ACS e dos agentes de combate às endemias.

Há que se reconhecer que a formação técnica ofertada atende a um anseio da categoria e à necessidade de qualificação para novas atribuições de perfil clínico. Entretanto, chama a atenção que as escolas técnicas do SUS (ETSUS), historicamente envolvidas com a formação dos trabalhadores de nível médio e, em particular das ACS³⁰, não tenham participado diretamente da primeira oferta formativa. A predominância da modalidade à distância é alvo de debates e críticas, considerando posições no campo da educação e da saúde que defendem que a formação profissionalizante, técnica ou superior, precisa ser presencial. Preocupa ainda o risco da uniformização da formação e a supressão das particularidades das diferentes regiões e localidades, dado o grau de padronização do processo e seus instrumentos.

Cabe notar que, para a segunda oferta formativa, foram feitas mudanças importantes. Foram incluídos no currículo conceitos de

equidade em sexualidade e gênero, raça e etnia, saúde mental e bucal na Atenção Básica, além de disciplinas eletivas com temas como agroecologia, saúde e ambiente e Práticas Integrativas e Complementares. Destaca-se também a iniciativa de ofertar especialização para tutores e preceptores e a parceria com as ETSUS.

As preocupações aqui registradas visam assinalar que o aprimoramento da formação técnica das ACS precisa ser compromisso permanente da política pública. Trata-se do reconhecimento de um direito das trabalhadoras e de uma necessidade do SUS que busca sanar uma dívida histórica do Estado com uma categoria que ele próprio instituiu.

O trabalho sob condições estressoras e suas repercussões para as ACS

Os benefícios da atuação das ACS para a saúde da população se fazem visíveis na maior parte das frentes que integram a APS, como no acompanhamento das pessoas com doenças crônicas, das gestantes, na prevenção de doenças e promoção da saúde. Entretanto, são diversos os obstáculos que se sobrepõem, dificultando que essas trabalhadoras realizem a potência de seu trabalho.

Há algumas décadas, tem sido uma preocupação crescente a violência nos territórios, fenômeno multifacetado, fomentado por uma série de questões como a não presença do Estado, ou a forma como este se faz presente, a pobreza, as iniquidades sociais, o crime organizado, o desemprego, a instabilidade de renda e os déficits educacionais, que afetam reiteradamente não somente o Brasil, mas os países da América Latina³¹. Este fenômeno não é estático nem uniforme, comprometendo com maior ênfase as comunidades mais vulneráveis, onde a atuação das ACS se concentra. Estudos feitos nos últimos anos têm descrito a realidade da alta prevalência da violência urbana enfrentada pelas agentes comunitárias de saúde e seus efeitos sobre sua saúde física e mental, além dos impactos em seus processos de trabalho^{32,33}. Esta realidade faz com que atividades essencialmente desenvolvidas pelas ACS, como VD, busca ativa e atividades de promoção da saúde na comunidade, não sejam executadas plenamente³⁴, com possíveis reflexos na saúde da população.

A violência urbana, considerada um estressor crônico do sistema de saúde, soma-se a outras circunstâncias frequentes, como a ocorrência de dengue e Zika e, mais recentemente, a pandemia COVID-19, impactando a Atenção

Primária. Na vigência da pandemia de COVID-19, foi possível perceber os limites que a violência impõe à capacidade de cuidar da APS, em especial das ACS, dificultando ou impedindo sua atuação em regiões de maior vulnerabilidade, com piores indicadores socioeconômicos e de saúde^{33,34}.

Com o avanço do crime organizado em todas as regiões do país e a fragilização das redes de solidariedade e apoio, morar e trabalhar na mesma comunidade, considerada uma vantagem das ACS para desenvolverem o seu trabalho, pode colocá-las em situação de risco e promover sofrimento, em especial entre as agentes do gênero feminino, com repercussões para a sua saúde e o seu trabalho³².

O agravamento da crise socioambiental, com a ocorrência mais frequente de eventos climáticos extremos, impõe novos desafios para a APS e para as ACS que vivem nos territórios mais afetados pelas mudanças climáticas. Na dupla condição de moradora e de trabalhadora, dispõe de conhecimento e de uma percepção mais apurada das condições e dos problemas enfrentados pelas vítimas desses eventos, ao mesmo tempo em que sofrem diretamente suas consequências.

No âmbito cultural, a persistência e disseminação de sistemas de desinformação, que fomentam descrédito na ciência e que se alimentam da produção e do consumo de informações falsas e/ou distorcidas, apresenta-se como uma forte barreira para o bom desenvolvimento do trabalho de educação em saúde. É necessário admitir que os profissionais de saúde, inclusive as ACS, não estão imunes aos efeitos desse fenômeno. Ao mesmo tempo, pelas características de sua atuação, as ACS são potencialmente as profissionais com maiores possibilidades de enfrentar essa realidade, de modo não esporádico, mas contínuo, como a infodemia associada à COVID-19 demonstrou ser absolutamente necessário³⁵.

Compreender estes desafios é essencial para o planejamento de políticas públicas que fortaleçam a atuação qualificada das ACS, ao mesmo

tempo que garantam qualidade de vida, saúde e bem-estar a estas profissionais, perfazendo um ciclo positivo de cuidado na comunidade e de quem cuida.

Considerações finais

Se em algum momento durante o desenvolvimento do SUS e, em particular, da ESF, se pensou que as agentes comunitárias de saúde representavam uma estratégia transitória, sua história demonstra que elas vieram para ocupar um espaço permanente na APS brasileira. Ainda que esta permanência seja conquistada à custa de muitas tensões, cabe notar que essas tensões são expressões das disputas travadas em torno da orientação da APS, revelando diferentes concepções de saúde, de direito, sobre o modelo de atenção e de gestão do cuidado e do trabalho.

Se, de um lado, observa-se a sua permanência como trabalhadoras do SUS, de outro, fica clara sua suscetibilidade às mudanças no curso da política, que alteram o direcionamento e o desenho do seu trabalho, com repercussões para o que fazem, como, onde e com quem fazem. Esta vulnerabilidade encontra limites na força política da categoria organizada em âmbito nacional e local, que tem alcançado conquistas no plano da regulamentação do trabalho e da formação, sendo reconhecidas como profissionais da saúde e obtido a garantia da formação técnica pelo MS. Em conjunto, esses elementos contribuem para conferir densidade à construção da sua profissão.

Quando se projeta um futuro para as ACS, deve-se ter em mente que este está diretamente articulado com o futuro da própria APS no SUS. A garantia de uma APS integral, alicerçada nos atributos da territorialização, da orientação comunitária, do trabalho multidisciplinar, orientado pela perspectiva da determinação social do processo saúde-doença e da saúde como direito universal, não pode prescindir da complexificação do processo de trabalho das equipes da ESF e das ACS em particular.

Colaboradores

MVGC Morosini contribuiu com a concepção do artigo, a análise das fontes e informações e a redação. AF Fonseca contribuiu com a concepção do artigo, a análise das fontes e informações e a redação. APGF Viera-Meyer contribuiu com a concepção do artigo, a análise das fontes e informações e a redação.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

1. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
2. Monken M. Território e saúde: apontamentos conceituais para a proposta de territórios sustentáveis e saudáveis. *Saude Debate* 2024; 48 (n. esp. 1):5-397.
3. Brunelli B, Langkamer MFB, Dornelas AJS, Rodrigues MJM, Bernardes JG. Orientação Comunitária: uma revisão integrativa. *Rev Bras Med Fam Comun* 2021; 16(43):2768.
4. Hartzler A, Tuzzio L, Hsu C, Wagner E. Roles and Functions of Community Health Workers in Primary Care. *Ann Fam Med* 2018; 16(3):240-245.
5. Fonseca A, Morosini M, Mendonça M. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. *Trab Educ Saude* 2013; 11(3):525-552.
6. Lavor A. Entrevista. *Trab Educ Saude* 2015; 13(2):153-160.
7. Morosini M. *Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos* [tese] Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Políticas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2018.
8. Nogueira R, Silva F, Ramos Z. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis - O Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ipea; 2000.
9. Durão A, Menezes C. Na esteira de E.P. Thompson: relações sociais de gênero e o fazer-se agente comunitária de saúde no município do Rio de Janeiro. *Trab Educ Saude* 2016; 14(2):355-376.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *SAPS. Censo das Unidades Básicas de Saúde. Sumário Executivo*. Brasília: MS; 2025.
11. Centro Nacional de Informações do Trabalho em Saúde (Cenits). *Painéis da força de trabalho na saúde* [Internet]. 2025 [acessado 2025 abr 28]. Disponível em: <https://cenits.saude.gov.br/painel-fts/>.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 2017; 10 jun.
13. Ramos N. *Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências. Relatório de Pesquisa* [Internet]. 2017 [acessado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/PDF/PDF%20PESQUISAS/2014-Proc%20Trab%20dos%20TS%20na%20perspectiva%20dos%20Saberes%20Pra%20CC%81ticas%20e%20Compete%20CC%82ncias_RelFinal.pdf.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 23 fev.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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 a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.

16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Institui a equipe de Atenção Primária – eAP e dispõe sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal – eSB com carga horária diferenciada. *Diário Oficial da União* 2019; 27 set.
17. Morosini M, Carneiro C, Fonseca A, Teixeira M, Braga IF, Menezes CA, Krieger C, Santos RP, Brum T, Newlands AC, Chinelli F, Dantas GR, Durão AV, Reis R, Rosario C. 1º Boletim da Pesquisa Desafios do Trabalho na Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores [Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2022 [acessado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.trabalhonaaps.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/ArquivoBoletim/2023-desafios_do_trabalho_na_aps_na_perspectiva_dos_trabalhadores-boletim_1_0.pdf.
18. Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHGD, Cavalcanti YW. A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. *Rev Saude Publica* 2021; 55: 85.
19. Fonseca A, Morosini M. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. *APS Rev* 2021; 3(3):210-223.
20. Brasil. Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 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* 2023; 20 jan.
21. Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 10 jul.
22. Brasil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 5 out.
23. Brasil. Emenda Constitucional nº 120, de 5 de maio de 2022. Acrescenta §§ 7º, 8º, 9º, 10 e 11 ao art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre a responsabilidade financeira da União, corresponsável pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias. *Diário Oficial da União* 2022; 5 maio.
24. Brasil. Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde [Internet]. 2004 [acessado 2025 maio 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf.
25. Brasil. Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde – ACS: diretrizes e orientações para a formação [Internet]. 2020 [acessado: 2025 maio 5] Acessível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_tecnico_acs_3edicao.pdf.
26. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020. Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União* 2020; 7 dez.
27. Brasil. Portaria GM/MS nº 569, de 29 de março de 2021. Altera a Portaria GM/MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020, que institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União* 2021; 29 mar.
28. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.941, de 27 de dezembro de 2021. Altera a Portaria GM/MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020, que institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União* 2021; 27 dez.
29. Brasil. Portaria GM/MS nº 2.304, de 12 de dezembro de 2023. Institui o Programa Mais Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias no triênio 2024-2026. *Diário Oficial da União* 2023; 12 dez.
30. Lima M. O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva [tese] Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Políticas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017.
31. UNDP, editor. *Informe regional de desarrollo humano 2013-2014: seguridad ciudadana con rostro humano: diagnóstico y propuestas para América Latina*. New York: UNDP; 2013.
32. Vieira-Meyer APGE, Ferreira RGLA, Albuquerque GA, Guimarães JMX, Moraes APP, Meyer CHC, de Lima Saintrain MV, Castro MC, Yousafzai AK. Gender and Violence in the Daily Routine of Community Health Workers in Fortaleza, Brazil. *J Community Health* 2023;48 : 810-818.
33. Vieira-Meyer APGE, Moraes APP, Santos HPGD, Yousafzai AK, Campelo ILB, Guimarães JMX. Violence in the neighborhood and mental health of community health workers in a Brazilian metropolis. *Cad Saude Publica* 2023; 38(12); e00022122.
34. Vieira-Meyer APGE, Oliveira ALS, Pequeno AMC, Farias SF, editors. *Atlas of Violence as Perceived by Community Health Workers: Sobral, CE* [Internet]. 2024 [acessado 2025 maio 5]. Disponível em: <https://ceara.fiocruz.br/nosapsbrasil/atlas>.
35. Souto E, Fernandez M, Rosário C, Petra P, Matta G. Hesitação vacinal infantil e COVID-19: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2024; 40(3):e00061523.

Artigo apresentado em 07/05/2025

Aprovado em 01/09/2025

Versão final apresentada em 03/09/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca