

Agentes Comunitárias de Saúde: o que dizem os estudos internacionais?

Community Health Workers:
what do international studies tell us?

Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo (<https://orcid.org/0000-0001-5737-751X>)¹
Romário Correia dos Santos (<https://orcid.org/0000-0002-4973-123X>)²
Paulette Cavalcanti de Albuquerque (<https://orcid.org/0000-0001-8283-5041>)³

Abstract *This is a narrative review whose objective is to understand the state of the art of the literature on Community Health Worker (CHW) programs worldwide, identifying their nomenclatures, practices, training, and working conditions. The major concentration of CHW programs can still be found in low- and middle-income countries in Africa (18), Asia (12), and Latin America (05), with a few experiences in high-income countries in North America (02) and Oceania (01). In total, 38 experiences were cataloged, and the practices of care, surveillance, education, health communication, administrative practices, intersectoral articulation, and social mobilization were described. The levels and duration of CHW training were characterized, as were the different working conditions in each country. Much of the work is precarious, often voluntary and carried out by women. This review provided a comparative overview that can contribute to enrich the view of managers and decision-makers in contexts of the implementation, expansion, and reconfiguration of such programs.*

Key words *Community health workers, Primary Health Care, Health policy, Public health, Workforce*

Resumo *Trata-se de uma revisão narrativa cujo objetivo é compreender o estado da arte da literatura sobre programas de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no mundo, identificando suas nomenclaturas, práticas, formação e condições trabalhistas. A grande concentração de programas de ACS ainda ocorre em países de baixa e média renda da África (18), Ásia (12) e América Latina (05), com algumas poucas experiências em países de alta renda na América do Norte (02) e Oceania (01). No total foram catalogadas 38 experiências, tendo sido descritas as práticas de cuidado, vigilância, educação, comunicação em saúde, práticas administrativas, de articulação intersectorial e mobilização social. Caracterizou-se os níveis e duração das formações das ACS, assim como as diversas condições de trabalho em cada país. Em grande parte, o trabalho é precarizado, muitas vezes voluntário e realizado por mulheres. A revisão proporcionou um panorama comparativo que pode contribuir para enriquecer o olhar de gestores e tomadores de decisão em contextos de implantação, ampliação e reconfiguração de tais programas.*

Palavras-chave *Agentes comunitários de saúde, Atenção Primária à Saúde, Política de saúde, Saúde pública, Recursos humanos*

¹ Universidade Federal de Pernambuco. R. Alto do Reservatório s/n, Alto José Leal. 50030-230 Vitória de Santo Antão PE Brasil. livia.me@ufpe.br

² Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador BA Brasil.

³ Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fiocruz. Recife PE Brasil.

Introdução

A partir da experiência dos médicos de pés descalços criada na China, em 1920, que vinculava moradoras comunitárias às atividades de educação, vigilância e assistência à saúde, assistimos à criação de experiências de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em Honduras, Índia, Indonésia, Tanzânia e Venezuela nos anos de 1960. Porém, foi apenas com a Comissão Médica Cristã, do Conselho Mundial de Igrejas, neste mesmo ano, que se incorporou ao trabalho das ACS os princípios da justiça, equidade, participação da comunidade, intersectorialidade, descentralização e trabalho em equipe¹.

Tais experiências serviram de base intelectual para a conferência internacional sobre cuidados primários de saúde em Alma-Ata (atual Cazaxquistão) em 1978, sugerindo em sua declaração final que os cuidados primários de saúde fossem desenvolvidos por médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitárias, assim como praticantes tradicionais².

Atualmente, muitos estudos discutem sobre a insuficiência do modelo de medicina ocidental, a crise global da Força de Trabalho em Saúde, e o persistente *déficit* global de milhões de profissionais de saúde que continua afetando quase todos os países. Somando-se a isso existem desigualdades regionais, nacionais e subnacionais na distribuição e acesso a esta força de trabalho, particularmente em regiões rurais, periferias urbanas ou de difícil acesso³.

Documento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) denominado “A Estratégia global sobre recursos humanos para saúde: Força de trabalho 2030” estima uma demanda até 2030 de 80 milhões de trabalhadores sendo 2,4 milhões na África; 15,3 milhões nas Américas; 6,2 milhões no Mediterrâneo Oriental; 18,2 milhões na Europa; 12,2 milhões no Sudeste Asiático e 25,9 milhões no Pacífico Ocidental⁴.

Baseada neste documento, a assembleia mundial da saúde de 2016 incentivou os países a adotarem uma combinação de habilidades diversificada e sustentável, aproveitando o potencial de saúde de nível médio e comunitário na composição de equipes de atenção primária interprofissional⁴.

Desta forma, a partir da perspectiva da Cobertura Universal da Saúde e do contexto da pandemia de COVID-19, observou-se uma retomada da agenda em torno de programas de ACS, seja com a introdução, ampliação ou alteração do escopo de práticas destas trabalhadoras em siste-

mas de saúde de países de baixa renda ou mesmo em países de alta renda. As metas destes programas buscam atender às necessidades de saúde da população, qualificar o acesso aos serviços, abordar as desigualdades de saúde e melhorar o desempenho e a eficiência do sistema de saúde⁵⁻¹⁰.

No Brasil as ACS representam uma força de trabalho de aproximadamente 250.864 profissionais, a maioria mulheres¹¹, sendo indispensáveis para a reorientação do modelo de atenção que reconheça a determinação social e histórica da saúde. Não obstante, junto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem impactado diretamente nos indicadores da saúde, principalmente no internamento por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS)¹².

A literatura que discorre sobre a atuação das ACS no Brasil é farta, porém, a produção científica que descreve experiências análogas no cenário internacional é escassa¹³. Haja vista a importância das ACS na garantia do acesso à saúde, faz-se necessário uma constante atualização acerca do tema para melhor subsidiar gestores, pesquisadores e profissionais na qualificação de políticas para esta força de trabalho em saúde.

Sendo assim, o objetivo deste artigo é revisar a literatura e identificar experiências de ACS no mundo, suas nomenclaturas, práticas, formação e condições trabalhistas.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, apropriado para discutir o estado da arte da literatura sobre determinado assunto, com análise ampla, embora sem o estabelecimento de uma metodologia rigorosa e replicável; mas, fundamental para atualização do conhecimento¹⁴.

Utilizou-se como ponto de partida o estudo de Méllo *et al.*¹⁵ que revisa de forma sistemática experiências internacionais de atuação das ACS no mundo durante a pandemia de COVID-19 elencando as nomenclaturas utilizadas para esta categoria nos diferentes países. O processo de busca e análise seguiu os passos de Costa *et al.*¹⁶, realizado de forma não sistemática no período de janeiro a outubro de 2021. As bases e bibliotecas científicas consultadas foram: *SciELO*, *Medline*, *Lilacs*, *PubMed* e repositório de dissertações e teses da Capes. O banco de dados foi sendo complementado com materiais indicados por especialistas na temática.

Todo material recolhido foi lido na íntegra, categorizado e analisado criticamente¹⁷.

Resultados

Apesar do termo “Agentes Comunitárias de Saúde” ter baixa especificidade internacionalmente, o Quadro 1 lista os principais termos encontrados na literatura, por continente, país e escopo de práticas. Como pode-se observar, a grande

concentração de programas de ACS ainda ocorre em países de baixa e média renda, da África (18) e Ásia (12), América Latina (05), com algumas poucas experiências em países de alta renda na América do Norte (02) e Oceania (01), totalizando 38 experiências de ACS relatadas por esta revisão^{13,18-27}.

Quadro 1. ACS por continente, país e escopo de práticas.

Continente	País	Nomenclatura	Práticas	
América Latina	Brasil	Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) Agentes de Combate a Endemias (ACE)	Cuidado	ACS e ACE: Visitas domiciliares, desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território; orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva. ACS: aferir a pressão arterial, realizar a medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar, realizar técnicas limpas de curativo
			Vigilância	ACS e ACE: diagnóstico demográfico, social, sanitário e ambiental da comunidade; investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário; identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou agravos
			Educação e comunicação em saúde	ACS e ACE: desenvolver ações educativas individuais e coletivas, na unidade básica de saúde, no domicílio e outros espaços da comunidade
			Administrativa	ACS: alimentar, manter, atualizar e garantir a qualidade dos dados do sistema de informações; participar do acolhimento dos usuários; participar do gerenciamento dos insumos da unidade básica de saúde; informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados
			Articulação e mobilização social	ACS e ACE: informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde
	Cuba	Brigadistas Sanitárias	Cuidado	Vacinação, higienização de bairros insalubres, promoção da saúde
			Educação e comunicação em saúde	Organização de cursos de primeiros socorros
	Equador	Técnicos de Atenção Primária à Saúde	Cuidado	Promoção da saúde e prevenção das doenças junto às equipes de atenção integral à saúde
	Peru	Educador Comunal em Nutrição	Cuidado	Encaminhar casos que precisam de cuidados para instalações superiores
			Vigilância em saúde	Gerenciamento de casos de diarreia e pneumonia; mapear a população, identificar e rastrear famílias com crianças pequenas e mulheres grávidas
			Articulação e mobilização social	Contribuir para o fortalecimento da participação cidadã
	Venezuela	Agente Comunitário de Atenção Primária à Saúde Defensores da Saúde	Cuidado	Atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças e tratamento oportuno das enfermidades em comunidades indígenas, rurais e de difícil acesso
			Administrativa	Contribuem com ações administrativas na rotina dos serviços de saúde
			Intersetorialidade e mobilização social	Mobilização comunitária em defesa da Missão Bairro Adentro

continua

Quadro 1. ACS por continente, país e escopo de práticas.

Continente	País	Nomenclatura	Práticas		
América do Norte	Canadá	Representantes de Saúde Comunitária Profissionais/ Promotores/ Conselheiros de Saúde Leigos Trabalhadores Comunitários de Saúde	Cuidado	Promoção de saúde bucal para crianças pré-escolares; promoção da saúde materno-infantil e nutricional; prevenção de HIV; facilitação do acesso aos serviços de saúde para populações marginalizadas	
			Vigilância em saúde	Rastreamento do câncer de mama, de Tuberculose (TB), de hepatite B e de HIV	
			Administrativa	Coleta de dados das comunidades para projetos de pesquisa	
	EUA	Trabalhadores Comunitário de Saúde	Cuidado	Visita domiciliar, atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos como TB e HIV	
			Vigilância	Monitoramento e controle de doenças como asma em crianças	
			Educação e comunicação em saúde	Treinamentos da população para participarem como conselheiros de saúde	
			Articulação e mobilização social	Atividades de competência cultural e tradução linguística	
Europa	Reino Unido	Treinadores de saúde	Cuidado	Promoção da saúde para mudança de comportamento como cessação do tabagismo, suporte à amamentação, saúde sexual e atividade física	
			Administrativa	Apoiam os indivíduos a desenvolverem os seus planos de saúde pessoais	
Ásia	Afeganistão	Trabalhadores Comunitários de Saúde	Cuidado	Tratamento de pacientes com diagnóstico de TB, encaminhamentos aos serviços de saúde, administração de anticoncepcional injetável e ações de promoção e prevenção em saúde	
			Vigilância em saúde	Relatório de eventos vitais (nascimentos, mortes maternas e mortes entre crianças menores de cinco anos)	
			Educação e comunicação em saúde	Realizar grupos de saúde da família	
			Administrativas	Atualizar mapa de adscrição.	
	Bangladesh	Assistente de Bem-Estar da Família (ABEF) Assistente de Saúde (AS) Provedor de Saúde Comunitária (PSC) <i>Shasthya Shebika</i> (SS) <i>Shasthya Kormi</i> (SK)	Cuidado	ABEF: distribuem anticoncepcionais, ações de promoção da saúde e fazem visitas de acompanhamento à gestação, parto e nascimento. AS: fornece imunizações e outros produtos como vitaminas e sais minerais. PSC: presta cuidados pré e pós-natais, trata pneumonia, diarreia e anemia. SK: teste de gravidez, fornece cuidados pré-natais e pós-natais.	
				Educação e comunicação em saúde	SS: visitas domiciliares, onde educam as famílias sobre nutrição, parto seguro, planejamento familiar, imunizações, higiene e saneamento. Promovem educação sobre câncer de mama e colo do útero
				Cuidado	Primeiros socorros, imunização
	Butão	Agente de Saúde da Aldeia	Vigilância em saúde	Notificação de doenças	
			Educação e comunicação em saúde	Educação em saúde para planejamento familiar	
			Intersetorialidade e mobilização social	Atividades de desenvolvimento comunitário	
			Cuidado	Primeiros socorros, imunização	

continua

Quadro 1. ACS por continente, país e escopo de práticas.

Continente	País	Nomenclatura	Práticas	
Ásia	China	Trabalhadores Comunitários de Saúde (TCS) Médicos de pés descalços (1950-1980)*	Cuidado	TCS: auxiliam no manejo de pacientes, incluindo prescrição de antibióticos e pequenas cirurgias; tratamento diretamente observado para HIV e TB; aferição de pressão arterial; administração de algumas vacinas. *Médicos de pés descalços: forneciam cuidados básicos de saúde, primeiros socorros, controle de doenças infecciosas e cuidados infantis.
			Vigilância em saúde	TCS: controle de doenças sexualmente transmissíveis, monitoramento da caderneta vacinal e monitoramento do uso de medicação.
			Educação e comunicação em saúde	TCS: fornece educação em saúde.
	Filipinas	Trabalhadores de saúde de <i>Barangay (TSB)</i>	Cuidado	Auxiliam parteiras, aferição de pressão arterial, auxiliam os pacientes no autogerenciamento de suas condições crônicas.
			Vigilância em saúde	Monitoramento das condições de saúde prevalentes.
			Articulação e mobilização social	Realizam mobilização de saúde comunitária, sendo ponte entre a comunidade e o centro de saúde local.
			Administrativa	Realizam admissão e entrevista a pacientes, registro de informações do paciente e/ou sinais vitais, antes de serem vistos por um médico ou enfermeiro.
	Índia	Auxiliar de Enfermeira Parteira (AEP) Trabalhador <i>Anganwadi</i> (TA) Ativista Social de Saúde Credenciado (ASSC)	Cuidado	AEP: tem foco no fornecimento de imunização e atendimento pré-natal, bem como na realização de partos. TA: fornece alimentação suplementar para crianças pequenas, meninas adolescentes e mulheres em lactação. ASSC: fornece medicamentos como anticoncepcionais orais, pacotes de sal para reidratação, preservativos e comprimidos de ácido fólico, realiza cuidados domiciliares aos recém-nascidos.
			Vigilância em saúde	AEP: realiza rastreamento de doenças crônicas não transmissíveis. ASSC: identifica casos de malária, apoio ao tratamento de TB, rastreamento de doenças crônicas não transmissíveis.
			Educação e comunicação em saúde	TA: fornece educação sobre saúde e nutrição para mulheres grávidas, mães e meninas adolescentes. ASSC: educadoras e ativistas.
	Indonésia	<i>Kaders</i>	Cuidado	Fornecem imunização e acompanhamento de bebês; pacotes de reidratação oral e comprimidos de ferro; visitas domiciliares.
			Vigilância	Atualizam os relatórios de indicadores comunitários.
			Intersetorialidade e mobilização social	Participam de reuniões do comitê comunitário.
	Irã	<i>Behvarz</i> (rural) <i>Moraghebe-Salamat</i> (urbano)	Cuidado	<i>Behvarz</i> : fornece saúde bucal, saúde materno-infantil, saúde reprodutiva.
			Vigilância em saúde	<i>Behvarz</i> : identificação e acompanhamento de doenças transmissíveis (TB e malária) e não transmissíveis importantes (diabetes, hipertensão e transtornos mentais).
			Administrativa	<i>Behvarz</i> : realiza um censo no início do ano e classifica os indivíduos de acordo com os serviços que precisam.
Intersetorialidade e mobilização social			<i>Behvarz</i> : incentiva o empoderamento com base na comunidade.	

continua

Quadro 1. ACS por continente, país e escopo de práticas.

Continente	País	Nomenclatura	Práticas	
Ásia	Myanmar	Parteiras Auxiliares (PA) Trabalhadores Comunitários de Saúde (TCS) Voluntários da Malária Voluntários da TB	Cuidado	PA: cuidados pré-natais e partos domiciliares, auxiliam parteiras em serviços de saúde materno-infantil. Voluntários da malária: fornecem diagnóstico e tratamento da malária, distribuem mosquiteiro e inseticidas. Realizam triagem de dengue, filariose linfática, TB, HIV/AIDS e hanseníase. Voluntários da TB: fornecem triagem e auxiliam na coleta e transporte de escarro, acompanham indivíduos com casos presumíveis de TB e em terapia domiciliar diretamente observada.
			Vigilância em saúde	PA e TCS: detectam e relatam surtos epidêmicos.
			Administrativa	PA e TCS: organizam e auxiliam nas atividades de saneamento e imunização.
	Nepal	Agente de Saúde da Aldeia (ASA) Voluntária de Saúde Comunitária Feminina (VSCF) Profissional de Saúde Materno Infantil (PSMI)	Cuidado	VSCF: distribuição de produtos relacionados à saúde e cuidado de crianças doentes, como medicamentos, sais de reidratação e gel antisséptico. Auxiliam nas estratégias de imunização, avaliam e tratam de crianças com infecções respiratórias.
			Educação e comunicação em saúde	VSCF: Aconselha mulheres e familiares sobre preparação para o parto, cuidados com o recém-nascido, serviços de planejamento familiar.
	Paquistão	Senhora Trabalhadora de Saúde	Cuidado	Tratamento de doenças comuns como TB, malária, diarreia, ferimentos, sarna; participa de campanhas de imunização; faz visitas domiciliares; fornece preservativos, pílulas anticoncepcionais orais.
			Vigilância em saúde	Monitorar doenças comuns como TB, malária, diarreia, ferimentos, sarna.
			Educação e comunicação em saúde	Conscientização sobre condições materno-infantil.
			Intersetorialidade e mobilização social	Mantém ligação estreita com os líderes comunitários, idosos e profissionais de saúde.
	Tailândia	Voluntário de Saúde da Aldeia	Cuidado	Prestam serviços básicos de saúde às comunidades locais.
			Vigilância em saúde	Reconhecer problemas de saúde específicos por ciclo de vida e vigilância em busca de doenças infecciosas e não infecciosas.
			Administrativa	Participam do planejamento e gestão dos problemas de saúde da comunidade.
África	África do Sul	Trabalhadores Comunitários de Saúde	Cuidado	Atividades de desenvolvimento infantil nas famílias, escola e comunidade; incentivo à amamentação exclusiva; distribuição de medicamentos para doenças crônicas; realização de cuidados paliativos e geriátricos.
			Vigilância em saúde	Identificar mulheres grávidas; rastreamento de inadimplentes a tratamentos.
			Educação e comunicação em saúde	Aconselhar e apoiar as escolhas do planejamento familiar.
	Etiópia	Trabalhador de Extensão da Saúde (TES) Exército de Desenvolvimento Feminino (EDF)	Cuidado	TES: Realizam curativos básicos, administram imunizantes, anticoncepcionais injetáveis; realizam planejamento familiar; distribuem redes tratadas com inseticida de longa duração e preservativos; apoio às pessoas com doenças crônicas.
			Educação e comunicação em saúde	TES: educação em saúde nas famílias e nas comunidades; treinamento informal para líderes do Exército de Desenvolvimento da Mulher, supervisão e apoio.
			Intersetorialidade e mobilização social	EDF: envolve comunidades organizando cinco ou seis famílias vizinhas em equipes, com cada equipe selecionando um voluntário de uma família modelo (definido pela adoção de comportamentos saudáveis).

continua

Quadro 1. ACS por continente, país e escopo de práticas.

Continente	País	Nomenclatura	Práticas	
África	Gâmbia	Trabalhadores de Saúde da Aldeia	Cuidado	Atenção à gestação e ao nascimento, incluindo partos domiciliares; visitas domiciliares e tratamento de malária, diarreia, pneumonia, febre, dores no corpo e pequenas feridas; encaminham casos graves para a unidade de saúde.
			Vigilância em saúde	Realizam limpeza ao nível da aldeia uma vez por mês para remoção de lixo e preenchimento de buracos para evitar “águas estagnadas”.
	Gana	Oficial de Saúde Comunitária (OSC) Voluntário de Saúde Comunitária (VSC)	Cuidado	OSC: realizam serviços de saúde materna, infantil, reprodutiva, incluindo cuidados e procedimentos do pré-natal, tratamento de malária, diarreia, pneumonia e febre, pequenos cortes e feridas. Realização de partos normais de emergência e imunização.
			Vigilância em saúde	OSC: monitorar e fornecer suporte de tratamento para pacientes com TB e HIV.
			Educação e comunicação em saúde	OSC: educação em geral sobre práticas de saneamento, higiene, e aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis e boa nutrição.
	Quênia	Voluntário de Saúde Comunitária (VSC) Trabalhadores de Extensão de Saúde Comunitária (TESC)	Cuidado	VSC: tratam doenças comuns e ferimentos leves, visitas domiciliares. TESC: diagnosticar, tratar, gerenciar ou encaminhar adequadamente doenças infantis graves, diarreia, malária, desnutrição e pneumonia.
			Educação e comunicação em saúde	VSC: orientar a comunidade na melhoria da saúde e prevenção de doenças.
			Intersetorialidade e mobilização social	TESC: organizam e participam dos comitês de saúde comunitários.
	Libéria	Assistente Comunitário de Saúde	Cuidado	Visitas domiciliares, atendimento de primeiros socorros.
			Vigilância em saúde	Realizam vigilância de condições de saúde e surtos de doenças, tais como HIV, AIDS, TB, doenças tropicais negligenciadas e doenças mentais; rastreamento de gestantes e recém-nascidos para cuidados materno-infantil.
	Malawi	Assistente de Vigilância Sanitária	Cuidado	Tratam pneumonia infantil, diarreia, malária e acompanham pacientes com TB; fornecimento de anticoncepcionais, teste de HIV; imunização para crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas.
			Vigilância em saúde	Inspeção sanitária, saneamento ambiental e controle de postos de fronteira.
			Educação e comunicação em saúde	Aconselhamento sobre saúde sexual, materno-infantil e planejamento familiar.
	Mali	Agentes de Saúde Comunitários	Cuidado	Tratamento antimalárico, distribuição de medicamentos e contraceptivos, encaminhamento para serviços de saúde.
			Vigilância em saúde	Monitoramento de condições materno-infantis.
			Educação e comunicação em saúde	Aconselhamento sobre prevenção de doenças, promoção da saúde e planejamento familiar.
			Intersetorialidade e mobilização social	Apoio a campanhas de distribuição em massa de mosquiteiros e desparasitação.
	Madagascar	Agentes Comunitários de Nutrição (ACN) Agentes Comunitários (AC)	Cuidado	ACN: visitas domiciliares; oferecem tratamento para a desnutrição aguda moderada. AC: visitas domiciliares; tratam diarreia, malária.
Vigilância em saúde			ACN: monitoram o estado nutricional das crianças.	
Moçambique	Agentes Polivalentes Elementares	Cuidado	Realiza exames de desnutrição, testes rápidos de malária, fornece medicamentos e trata doenças; encaminha usuários para os serviços de saúde.	
		Vigilância em saúde	Monitoram condições de saúde da comunidade.	
		Educação e comunicação em saúde	Fornecem aconselhamento para adesão ao tratamento de HIV e TB, e promovem cuidados materno-infantis.	

continua

Quadro 1. ACS por continente, país e escopo de práticas.

Continentes	País	Nomenclatura	Práticas	
África	Niger	Agente de Saúde Comunitária (ASC)	Cuidado	ASC: oferecem vacinação, anticoncepcionais, atendimentos materno-infantis como pré-natal, partos e promoção da saúde. VR: visitas domiciliares.
		Voluntários Retransmissores (VR)	Vigilância em saúde	VR: monitorar a saúde de crianças da comunidade e distribuir mosquiteiros.
	Nigéria	Trabalhadores Voluntários da Saúde da Aldeia (TVSA)	Cuidado	TVSA: Promoção da saúde, tratamento de doenças como malária, encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde. TESC: fornecem cuidados curativos; encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde.
		Trabalhadores de Extensão de Saúde Comunitária (TESC)		
	Uganda	Equipes de Saúde da Aldeia	Cuidado	Tratamento antimalárico, fornecimento de zinco e reidratação oral para diarreia e amoxicilina para tratamento de pneumonia; encaminhar casos para unidades de saúde e serviços de referência com sintomas agudos graves, como dificuldade em respirar e convulsões.
			Vigilância em saúde	Triagem de recém-nascidos e de desnutrição aguda; monitoramento e encaminhamento para pré-natal, pós-natal e neonatal; registro de domicílios em sua área de abrangência.
			Intersetorialidade e mobilização social	Mobilização comunitária, apoio a campanhas de distribuição em massa de mosquiteiros. Apoio e envolvimento com comitês de saúde das aldeias.
	Ruanda	Animador de Saúde Materna (ASM) Binôme	Cuidado	ASM: garante que os partos ocorram em unidades de saúde nas quais estejam disponíveis profissionais de saúde qualificados; fornecem anticoncepcionais e sensibilizam famílias sobre a prevenção de doenças não transmissíveis. Binôme: diagnóstico e tratamento de doenças infantis e malária, fornecimento de anticoncepcionais e tratamento de TB.
			Vigilância em saúde	ASM: identifica mulheres grávidas, faz visitas regulares de acompanhamento durante e após a gravidez; rastreiam crianças com desnutrição. Binôme: triagem e encaminhamento de desnutrição.
	Serra Leoa	Trabalhadores Comunitários de Saúde	Cuidado	Ações de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, incluindo gestão integrada de casos de doenças infantis na comunidade; distribuem preservativos e pílulas anticoncepcionais orais; realizam encaminhamentos para serviços de saúde.
			Vigilância em saúde	Coleta de informações demográficas essenciais e vigilância de doenças.
			Educação e comunicação em saúde	Realizam ações educativas preventivas durante as visitas domiciliares.
	Tanzânia	Trabalhadores Comunitários de Saúde	Cuidado	Implementar intervenções de saúde na comunidade; fornecer solução de reidratação oral e zinco para crianças com diarreia; tratamento inicial de infecção respiratória inferior, de malária e TB; fornecer apoio aos pacientes com HIV e planejamento familiar, distribuindo pílulas anticoncepcionais orais e preservativos; participar na resposta precoce e gestão de surtos de doenças (cólera e disenteria); executar primeiros socorros básicos; fornece apoio psicossocial.
			Vigilância em saúde	Realizar coleta e análise de dados comunitários a partir de visitas domiciliares; identificação de pacientes que precisam de encaminhamento; identificação de mulheres grávidas e recém-nascidos com sinais de perigo, assim como pacientes com sinais de transtornos mentais.

continua

Quadro 1. ACS por continente, país e escopo de práticas.

Continente	País	Nomenclatura	Práticas	
África	Zâmbia	Assistente Comunitário de Saúde	Cuidado	Fornece curativos básicos que podem ser prestados no posto de saúde e na comunidade.
			Vigilância em saúde	Realiza diagnóstico de saúde da comunidade, mapeamento da área de captação e recursos, assim como planejamento comunitário.
			Educação e comunicação em saúde	Realiza educação em saúde da comunidade e atividades de promoção da saúde.
	Zimbábue	Agente de Saúde da Aldeia	Cuidado	Identificar e encaminhar pessoas que precisam de tratamento para unidades de saúde; fornecer sais de reidratação oral durante surtos de cólera; tratar pequenas doenças, fornecer profilaxia para malária, aconselhamento e testagem voluntária de HIV, supervisão de pacientes com TB e terapia diretamente observada; promover imunização; cuidar de pacientes com doenças crônicas (hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, epilepsia); promover a saúde bucal e mental.
			Vigilância em saúde	Coletar informações de saúde na comunidade para compartilhar com centros de saúde rural e alimentar sistema de informação nacional; realizar monitoramento do crescimento infantil, acompanhamento de bebês expostos ao HIV e suas mães.
			Educação e comunicação em saúde	Fornece educação e promoção em saúde sobre água e saneamento, doenças de importância para a saúde pública, gravidez, saúde materna e planejamento familiar.
Oceania	Austrália	Navegadores da comunidade Trabalhadores Leigos da Saúde	Cuidado	Apoiar membros de comunidades Culturalmente e Linguisticamente Diversas (CALD) no acesso aos serviços de saúde e a encaminhamentos.
			Intersetorialidade e mobilização social	Facilitar acesso a serviços de moradias comunitárias, às regras de imigração, técnicas de procura de emprego, elegibilidade de financiamento, assim como às políticas e procedimentos em vários departamentos governamentais; facilitar o acesso de clínicos gerais a intérpretes linguísticos.

Fonte: Autoras.

Multidiversidade dos saberes e fazeres das ACS: um olhar global

Buscando avançar na caracterização dos saberes e fazeres desses sujeitos, parte-se da classificação de práticas proposta por Mélo *et al.*²⁸, subdividindo-as em: práticas de cuidado, vigilância em saúde, educação e comunicação em saúde, administrativas, articulação e mobilização social (Quadro 1).

Observando-se o Quadro 1 pode-se dizer que as práticas de cuidado das agentes variaram de acordo com o país. Para fins didáticos podemos detalhar ainda esta categoria em subcategorias de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento clínico.

Na subcategoria de promoção da saúde segundo a literatura revisada esses atores executam ações em saúde bucal; sexual e reprodutiva; mental; materno-infantil; nutricional; atividade

física; gestão de doenças crônicas ou doenças infectocontagiosas e parasitárias; visitas domiciliares; encaminhamentos para serviços de saúde e fornecimento de alimentos.

Para a subcategoria de tratamento clínico é curioso atentar que esta varia desde a prescrição e distribuição de medicamentos como antibióticos, anticoncepcionais, vitaminas, minerais, até a própria intervenção que demandaria uma maior racionalidade clínica e biomédica. As condições foco do tratamento e diagnóstico envolvem: desnutrição, HIV, TB, malária, diarreia, cólera, infecções respiratórias, sarna, pequenos cortes ou feridas, pré-natal, partos, anemia, convulsões, hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, epilepsia, dengue, filariose linfática e hanseníase.

No cenário brasileiro, as funções prescritas para as ACS de “ aferir a pressão arterial, realizar a medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar, realizar técnicas limpas de curativo”

Quadro 2. Características da formação e condições de trabalho das ACS.

País	Nomenclatura	Formação	Condições de trabalho
Brasil	Agente Comunitário de Saúde (ACS) Agentes de Combate a Endemias (ACE)	ACS: Formação mínima de ensino médio para realização de concurso, e posterior participação em curso introdutório na profissão	ACS: Provimentos por meio de concurso público, com atuação na atenção primária à saúde; direitos trabalhistas como piso salarial nacional, férias. Está inserida dentro de uma equipe de saúde da família, com atuação multiprofissional, sendo responsável por até 750 pessoas
Cuba	Brigadistas Sanitárias	Cursos de capacitação de curta duração	Voluntários com atuação no setor público
Equador	Técnicos de Atenção Primária à Saúde	Formação de nível superior, tecnológica, realizada por dois anos	Vínculo empregatício com atuação no setor público. Mas, ganham bolsas de estudo durante a formação
Peru	Educador Comunal em Nutrição	Cursos de capacitação de curta duração	Voluntários com atuação no setor público; ganham estímulos não monetários como certificados, equipamentos e vestimentas de trabalho.
Venezuela	Agente Comunitário de Atenção Primária à Saúde (ACAPS) Defensores da Saúde	Formação técnica	Vínculo empregatício com atuação no setor público
Canadá	Representantes de Saúde Comunitária (RSC) Profissionais/Promotores/ Conselheiros de Saúde Leigos Trabalhadores Comunitários de Saúde	Três tipos de educação e treinamento: programas de treinamento organizacional, programas de treinamento institucional e treinamento no trabalho	Não Informado (NI)
EUA	Trabalhador Comunitário de Saúde	Atualmente, 30 estados oferecem algum tipo de treinamento padronizado para ACS	Existem aproximadamente 61 mil profissionais, desenvolvendo atividades no setor privado, público ou organizações não governamentais. O trabalho é exercido tanto na atenção primária, secundária quanto terciária
Reino Unido	Treinadores de saúde	Treinamento abrangente, padronizado, mas de baixo nível técnico.	Trabalho em tempo parcial, com rotatividade elevada; operam em paralelo aos serviços de APS

continua

ainda estão em disputa seja para incorporação na formação seja na prática profissional, apesar de já ser uma realidade em áreas remotas.

Por fim, as atividades preventivas podem incluir: auxiliar e executar campanhas de vacinação, testes rápidos de doenças infectocontagiosas e gravidez, até distribuição de redes tratadas com inseticidas.

A vigilância em saúde, tal como as práticas de cuidado, parece, também, adaptar-se ao contexto local. As agentes realizam ações para identificação, notificação e monitoramento de doenças, agravos e condições de saúde como: TB, HIV, AIDS, desnutrição, diarreia, pneumonia,

câncer de mama, hepatites, doenças crônicas não transmissíveis, doenças tropicais negligenciadas, doenças mentais, além de rastreio de gestantes e recém-nascidos para cuidados materno-infantil.

A coleta de dados no âmbito da comunidade com o mapeamento da população e dos domicílios adscritos é algo que aparece com frequência em grande parte dos países. Outra vertente que emerge das práticas de vigilância é a preocupação com a questão ambiental e sua relação com a saúde, como a remoção do lixo, preenchimento de buracos para evitar “águas estagnadas”, inspeção sanitária, saneamento ambiental e controle de postos de fronteira.

Quadro 2. Características da formação e condições de trabalho das ACS.

País	Nomenclatura	Formação	Condições de trabalho
Afganistão	Trabalhadores Comunitários de Saúde	Curso de formação de quatro meses, mas com formação continuada mensal. São aplicados três módulos em sala de aula e um mês de experiência prática nas respectivas aldeias	Voluntários, com despesas de reuniões e treinamentos pagas pelo governo
Bangladesh	Assistente de Bem-Estar da Família (ABEF) Assistente de Saúde (AS) Provedor de Saúde Comunitária (PSC) <i>Shasthya Shebika</i> (SS) <i>Shasthya Kormi</i> (SK)	ABEF e AS: recebem 21 dias de treinamento teórico, seguidos de treinamento no local de trabalho. PSC: recebem 12 semanas de treinamento. SS: recebem três semanas de treinamento básico. SK: recebem duas semanas de treinamento teórico, seguidas por duas semanas de orientação de campo	A maioria trabalha com organizações não governamentais, enquanto o restante é empregado pelo governo e recebe salário mensal. Os SS recebem pequenos empréstimos para estabelecer fundos rotativos, que usam para ganhar algum dinheiro com a venda de produtos de saúde. Os SK trabalham em tempo integral e recebem um salário mensal
Butão	Agente de Saúde da Aldeia	NI	NI
China	Trabalhadores Comunitários de Saúde (TCS) Médicos de pés descalços (1950-1980)*	A maioria dos treinamentos são ministrados por professores ou especialistas por meio de palestras, discussões em sala de aula e em grupo, bem como dramatizações. Também ocorrem treinamentos via internet. *categoria extinta	O número de TCS em cada centro de saúde comunitário pode variar entre 5 e 10; A população que cada TCS atende varia de 300 a 2500 residentes. Há falta de apoio governamental tanto no financiamento como na regulamentação do trabalho. A compensação financeira para os TCS é fornecida por instituições de saúde locais com base nos serviços que prestaram.
Filipinas	Trabalhadores de saúde de <i>Barangay</i> (TSB)	Não recebem treinamento formal como TSB antes de iniciar suas funções	A seleção é baseada em relações pessoais e políticas. São trabalhadores de meio período, voluntários. Mas, alguns locais, em especial, em áreas rurais pagam salários. Recebem incentivos não monetários, como medicamentos gratuitos do centro de saúde, serviços de saúde gratuitos e mantimentos no natal.
Índia	Auxiliar de Enfermeira Parteira (AEP) Trabalhador <i>Anganwadi</i> (TA) Ativista Social de Saúde Credenciado (ASSC)	AEP: recebem 24 meses de treinamento. TA: recebem de 3 a 4 semanas e os ASSC de 4 a 5 semanas de treinamento	AEP se reportam a médicos. ASSC se reportam aos facilitadores de ASSC e as TA se reportam aos supervisores de Anganwadi. AEP recebem um salário do governo; TA são voluntários, mas recebem uma ajuda de custo por mês; ASSC recebem incentivos baseados no desempenho para mais de 64 atividades

continua

As práticas de educação e comunicação são caracterizadas por ações de aconselhamento sobre saúde gestacional, sexual e reprodutiva, materno-infantil, nutrição, saneamento, meio ambiente, adesão a tratamentos, imunizações, higiene, prevenção de câncer de mama e de colo de

útero, estilo de vida saudável, além de promover cursos de capacitação em primeiros socorros e outros tipos de treinamentos.

Por outro lado, as práticas administrativas foram as menos evidentes segundo os estudos incluídos, sendo relacionadas às atividades bu-

Quadro 2. Características da formação e condições de trabalho das ACS.

País	Nomenclatura	Formação	Condições de trabalho
Indonésia	<i>Kaders</i>	Recebem menos de uma semana de treinamento formal. Muitos são treinados por <i>Kaders</i> mais experientes “no trabalho”	Trabalham cerca de 10 a 20 horas mensais; Serviço voluntário com pequenos reembolsos de despesas de transporte e tratamento médico gratuito
Irã	<i>Behvarz</i> (rural) <i>Moraghebe-Salamat</i> (urbano)	<i>Behvarzs</i> devem ter 12 anos de educação geral e curso de treinamento de dois anos. Cada vez mais são selecionados jovens rurais universitários. <i>Moraghebe-Salamat</i> s são universitários graduados com bacharelado em saúde pública, obstetrícia ou enfermagem, e também concluem um curso de curta duração adicional	Recebem salário mensal do governo, com possibilidade de incentivos por desempenho
Myanmar	Parteiras Auxiliares (PA) Trabalhadores Comunitários de Saúde (TCS) Voluntários da Malária Voluntários da TB	PA recebem seis meses de treinamento inicial, os TCS um mês e os voluntários da malária/TB até uma semana	PA e TCS não recebem incentivos monetários; Voluntários da malária e TB recebem incentivos monetários com fundos de doadores
Nepal	Agente de Saúde da Aldeia (ASA) Voluntária de Saúde Comunitária Feminina (VSCF) Profissional de Saúde Materno Infantil (PSMI)	VSCF devem ser alfabetizados e recebem 18 dias de treinamento inicial. ASA tem 15-18 meses de formação inicial	ASA são quadros remunerados do governo. VSCF são supervisionadas pelas ASA, e voluntárias em meio período. Mas recebem ajuda de custo para treinamento e fardamento. Tem suporte mensal de unidades de saúde de onde recebem suprimentos, materiais, aconselhamento e feedback programático
Paquistão	Senhora Trabalhadora de Saúde	15 meses de treinamento, sendo três meses em sala de aula e 12 meses em serviço	Cada agente possui, em média, uma área de abrangência de 1.000 indivíduos. Recebem supervisão e salário mensal, com trabalho em dedicação exclusiva
Tailândia	Voluntário de Saúde da Aldeia	Treinamento inicial de 43 horas em sala de aula	Supervisionados por profissionais de saúde locais. Salário mensal
África do Sul	Trabalhadores Comunitários de Saúde	Currículo padronizado nacionalmente com treinamentos presenciais e práticos que totalizam 12 meses de duração	Supervisionados por Líderes de Equipe de Outreach (enfermeiros de nível superior ou de nível médio). Recebem remuneração mensal.

continua

rocráticas, como organização, administração ou auxílio dos serviços, atualização de dados dos usuários através de censos, e apoio a outros profissionais da equipe de saúde comunitária.

A mobilização social desempenhada pelas ACS gira em torno da perspectiva do empoderamento cidadão através de atividades de desenvolvimento comunitário e sua participação em políticas públicas, mantendo vínculo entre serviços

e grupos específicos da população como líderes comunitários e idosos. Já a intersectorialidade envolve ações de facilitação do acesso aos serviços habitacionais, jurídicos e políticos específicos do local de atuação. A competência cultural também é acionada na medida em que triangulam informações entre usuários e outros profissionais de saúde, incluindo a tradução linguística em contextos de diferenças dos idiomas.

Quadro 2. Características da formação e condições de trabalho das ACS.

País	Nomenclatura	Formação	Condições de trabalho
Etiópia	Trabalhador de Extensão da Saúde (TES) Exército de Desenvolvimento Feminino (ETF)	São obrigados a concluir o ensino fundamental. Recebem um ano de treinamento pré-serviço de um instituto técnico ou de um centro de saúde da escola superior. Treinamento em serviço a cada dois anos para sua formação inicial	TES são supervisionados pela equipe do centro de saúde; são funcionários formais assalariados pelo governo. ETF são voluntárias.
Gâmbia	Trabalhadores de Saúde da Aldeia	Recebem treinamento do sistema nacional de saúde, sendo suas formadoras as enfermeiras comunitárias de saúde	Voluntários indicados pela comunidade; não recebem pagamento; mas sim limitada ajuda da comunidade em suas fazendas ou na compra de medicamentos
Gana	Oficial de Saúde Comunitária (OSC) Voluntário de Saúde Comunitária (VSC)	OSC: primeiro obtêm treinamento como enfermeira de saúde comunitária, recebendo dois anos de formação em uma escola de treinamento em enfermagem em saúde comunitária credenciada; em seguida recebem duas semanas adicionais de treinamento, em engajamento, mobilização da comunidade, e realização de estágio. VSC: recebem cinco dias de treinamento	OSC: são supervisionados mensalmente por enfermeiras de saúde pública, assistentes médicos e coordenadores de APS; são funcionários assalariados do Ministério da Saúde em tempo integral; recebem férias remuneradas e a oportunidade de avançar na sua educação com licença educacional remunerada. VSC: são agentes de saúde em tempo parcial, voluntários e não recebem remuneração. Mas recebem incentivos como camisetas, transporte diário e, ocasionalmente, bicicletas
Quênia	Voluntário de Saúde Comunitária (VSC) Trabalhadores de Extensão de Saúde Comunitária (TESC)	Os treinamentos para VSC são baseados em um currículo com 13 módulos que leva aproximadamente três meses e consiste em 324 horas de formação conduzidas por um facilitador em um ambiente de sala de aula e 160 horas de experiência prática	VSC recebe supervisão e apoio mensal de um TESC, na unidade de saúde ou na comunidade. Alguns condados do Quênia pagam incentivos mensais aos VSC com seu próprio orçamento
Libéria	Assistente Comunitário de Saúde	Formação em quatro módulos, cada um com 8-11 dias de duração, durante dois meses. Entre um módulo e outro o ACS pratica as novas habilidades com apoio e avaliação de seu supervisor	Um ACS para cada 40-60 domicílios ou 350 pessoas; recebem recurso financeiro mensal de incentivo. Cada <i>Community Health Service Supervisors</i> (enfermeira, parteira ou assistente do médico) supervisiona aproximadamente 10 ACS.
Malawi	Assistente de Vigilância Sanitária	12 semanas de treinamento (oito semanas em sala de aula e quatro semanas práticas), seguidas de um exame final. Treinamento complementar em <i>Integrated Community Case Management</i> (iCCM)	São supervisionados mensalmente por um AVS Sênior e, trimestralmente, por um Oficial Assistente de Saúde Ambiental, um Oficial de Saúde Ambiental ou uma Enfermeira de Saúde Comunitária. Recebem um salário mensal e incentivos não financeiros (como uniformes, camisetas, bolsas, uma bicicleta e reconhecimento público) através de parceria entre governo e ONGs
Mali	Agentes de Saúde Comunitários	NI	NI

continua

Quadro 2. Características da formação e condições de trabalho das ACS.

País	Nomenclatura	Formação	Condições de trabalho
Madagascar	Agentes Comunitários de Nutrição (ACN) Agentes Comunitários (AC)	O treinamento inicial dos ACN é geralmente de 10 a 15 dias. Os AC recebem de 5 a 12 dias de treinamento inicial	ACN recebem um pagamento mensal quando há um projeto financiado por um doador externo. AC não recebem pagamento regular formal. AC são supervisionados pelo chefe dos centros de saúde, enquanto os ACN se reportam a um supervisor da ONG
Moçambique	Agentes Polivalentes Elementares (APE)	18 semanas de treinamento dividido em módulos didáticos e práticos	Cada APE é responsável por 500–2.000 habitantes. Recebem um pequeno subsídio, além de bicicleta, lanterna, colete, bolsa de remédios, crachá, boné, calculadora, termômetro e cronômetro. São supervisionados por um membro da equipe da unidade de saúde
Niger	Agente de Saúde Comunitária (ASC) Voluntários Retransmissores (VR)	ASC: recebem seis meses de treinamento. VR: recebem vários dias de treinamento em Manejo Integrado da Comunidade de Doenças Prevalentes na Infância (C-AIDPI)	ASC: assalariados tendo um para cada 9.000 ou mais pessoas; VR: voluntários tendo um para cada 4.500 pessoas ou mais, sendo supervisionados por ASC
Nigéria	Trabalhadores Voluntários da Saúde da Aldeia (TVSA) Trabalhadores de Extensão de Saúde Comunitária (TESC)	O currículo de treinamento para TVSA é flexível e baseado nas necessidades locais. TESC recebem três anos de treinamento formal	TVSA: trabalham principalmente através de ONGs de quem recebem supervisão; Emprego formal e são supervisionados pelo responsável da unidade de saúde mais próxima
Uganda	Equipes de Saúde da Aldeia (ESA)	Devem saber ler e escrever e recebem treinamento inicial em Gerenciamento Integrado de Casos da Comunidade (iCCM)	São voluntários e não recebem pagamento financeiro. Existe um ESA para cada 240 pessoas. Tem apoio de uma unidade de saúde dentro de sua comunidade, onde um profissional de saúde os supervisiona
Ruanda	Animador de Saúde Materna (ASM); Binôme	Em média têm aproximadamente três meses de treinamento inicial	São supervisionados diretamente pelo Centro de Saúde; São voluntários, com incentivos baseados no cumprimento de metas e relatórios por telefones celulares
Serra Leoa	Trabalhadores Comunitários de Saúde	24 dias de treinamento presencial dividido em três módulos, com um mês de prática após cada módulo.	Recebem um incentivo financeiro mensal; mais ajuda de custo para despesas com viagem para participar de reuniões mensais e para cobrir custos de comunicação. Recebem apoio de supervisores. A maioria trabalha cerca de 20 horas por semana
Tanzânia	Trabalhadores Comunitários de Saúde	Devem ter concluído o ensino médio e se matricular em uma Instituição de Treinamento em Saúde, pagando suas próprias taxas de treinamento. A formação dura 12 meses e inclui 14 módulos, sendo certificados como Técnico Básico em Saúde Comunitária	Recebem supervisão de um centro de saúde mais próximo. É previsto um salário mensal, mais benefícios como seguro saúde e férias anuais. Recebem um kit com suprimentos e equipamentos essenciais

continua

Quadro 2. Características da formação e condições de trabalho das ACS.

País	Nomenclatura	Formação	Condições de trabalho
Zâmbia	Assistente Comunitário de Saúde (ACS)	Participam de um ano de treinamento pré-serviço formalizado com base em 11 módulos de treinamento. Os tutores são graduados em enfermagem e saúde ambiental	Cada ACS é responsável por uma área de captação de 1.750 pessoas. Recebe salário mensal, incluindo benefícios de funcionários públicos. Recebem uma bicicleta, botas de trabalho, uma mochila e um uniforme do Governo da República da Zâmbia
Zimbábue	Agente de Saúde da Aldeia (ASA)	São treinados por cinco meses, atividades de sala de aula e práticas no campo	Trabalham quatro horas por dia, 2-3 dias por semana e cobrem aproximadamente 100 famílias. Os ASA são supervisionados pela enfermeira responsável do centro de saúde mais próximo. Recebem subsídio financeiro trimestral. Recebem uniforme, bicicleta e kit de suprimentos médicos
Austrália	Navegadores da comunidade; Trabalhadores Leigos da Saúde.	Cinco módulos de 3 horas conduzidos por uma universidade, seguido por um certificado de graduação em tempo parcial de um ano em desenvolvimento comunitário e círculos de aprendizagem elaborados para apoiar sua prática	Projeto piloto com 11 horas por semana de trabalho. Baixa remuneração

Fonte: Autoras.

Formação profissional e condições de trabalho: entre a precariedade e a legitimação da categoria

As experiências encontradas referem-se a ACS como uma tipologia de leigas a trabalhadoras com educação formal, vinculados aos sistemas de saúde formal ou informalmente, de forma remunerada e não remunerada, sendo as principais características encontradas na literatura as apresentadas no Quadro 2.

Com base na literatura, as características de ingresso para a formação das ACS não são homogêneas, no entanto emergem pré-requisitos que vão da capacidade de ler e escrever na Uganda ou ensino médio concluído na Tanzânia. No entanto, chama atenção que no Irã existe uma tendência a recrutar universitários ou bacharéis em saúde pública, obstetrícia ou enfermagem para atuação como ACS.

As modalidades de formação das ACS pelo mundo são múltiplas, diversas e singulares para cada país, variando desde cursos rápidos e inespecíficos na grande maioria dos países, até cursos

técnicos de 3 anos na Nigéria e tecnólogo, do tipo ensino superior, no Equador e Austrália. Em se tratando das instituições de ensino podem ser universidades, escolas técnicas, o próprio sistema de saúde ou via internet.

Em alguns países parece haver tutores com funções e formações para o ensino das ACS que se caracterizam desde pares da própria categoria mais experientes como as ACS Sênior na Indonésia até profissionais da enfermagem ou saúde ambiental na Zâmbia.

Os aspectos sobre as condições de trabalho podem ser subdivididos em tipo de seleção, vínculos, remuneração, carga horária trabalhada, direitos trabalhistas, supervisão e famílias adscritas.

Nos poucos países que a subcategoria de seleção foi identificada percebe-se que ela é baseada em relações pessoais e políticas convergindo em indicações pela comunidade até a instauração de concurso público.

O tipo de vínculo prioritário parece ser o voluntário, embora com algumas experiências assalariadas com atuação no setor público. Em relação

à remuneração, alguns recebem ajuda de custo ou suprimentos básicos, estabelecidos pelos governos nacionais, condados, comunidades, aldeias e organizações não governamentais. As ajudas de custo envolvem: indumentárias, vale transporte, bicicletas, tratamento médico gratuito, medicamentos, reconhecimento público e alimentos.

O tempo trabalhado varia desde a dedicação exclusiva, até meio período em apenas 2 ou 3 dias por semana. Já o tipo de seleção, vínculo e tempo trabalhado parece incidir nos direitos que as ACS adquirem por desenvolverem suas funções, como: férias, pagamento mensal, pagamento por desempenho até auxílios não remunerados.

A supervisão do processo de trabalho desta categoria está relacionada desde o contato mensal com outros profissionais de nível superior como enfermeiros, médicos até pares da mesma categoria com maior tempo de serviço nos centros de saúde local ou entidade contratante como as organizações não governamentais.

Por fim, cada ACS é responsável por um contingente de pessoas que varia de 240 na Uganda a 9.000 no Níger.

Discussão

Com base na literatura revisada^{14,18-27} percebe-se que grande parte das ACS desenvolvem práticas que a Organização Internacional do Trabalho (OIT), através da Classificação Internacional de Classes de Profissões, especifica:

[...] fornecem educação em saúde e encaminhamentos para uma ampla gama de serviços, e fornecem apoio e assistência às comunidades, famílias e indivíduos com medidas preventivas de saúde e acesso a serviços sociais e de saúde adequados. Eles criam uma ponte entre provedores de saúde, serviços sociais e comunitários e comunidades que podem ter dificuldade em acessar esses serviços²⁹(p.112).

Estudos têm relatado as contribuições das ACS para abordar questões sociais e de saúde onde esta categoria tem contribuído para resultados importantes tais como redução de interações sensíveis à APS e impactos positivos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio³⁰⁻³².

Uma constatação da literatura é que o número, a complexidade e a variedade de funções desempenhadas pelas ACS variam substancialmente de acordo com as necessidades, tipos de sistema de saúde e contextos de cada país, sendo percebida uma ampliação de funções ao longo do tempo^{22,23,33}.

Em países de rendas baixa e média as ACS geralmente prestam serviços curativos, tendo em vista substituírem atribuições de profissionais de nível superior escassos no país e a difícil fixação em áreas remotas³⁴.

Já em países de alta renda, geralmente as ACS têm como objetivo principal combater as iniquidades e prevenir doenças não transmissíveis junto aos grupos vulneráveis como imigrantes, aborígenes e de baixa renda como a população em situação de rua. Segundo Najafizada *et al.*¹⁸, as atividades são endereçadas, principalmente, às questões de saúde relacionadas à cultura, etnia, raça, gênero, linguagem e *advocacy*, considerando os determinantes sociais da saúde.

Segundo Glenton *et al.*³⁵ as atribuições das ACS, em cada contexto, precisam ser balizadas por recomendações aceitáveis e apropriadas para os usuários que demandará as necessidades locais, pela própria categoria, pensando nas implicações práticas e organizacionais como treinamento, suporte e local de trabalho. Schneider e Lehmann⁶ chama atenção também para a importância de levar em consideração, a existência e atribuições dos outros profissionais de saúde antes de definir o enquadramento do papel das ACS, a fim de integrar adequadamente os programas de ACS no sistema de saúde.

As baixas e ausentes remunerações e a falta de oportunidades para avançar nos estudos e carreira são vistas como ameaças à motivação, à legitimidade e à sustentabilidade dos programas de ACS em muitos países^{23,28,36}.

Estudos qualitativos destacaram que as ACS com maior nível de instrução foram vistas de forma mais positiva do que as ACS com menor escolaridade³⁷. Porém, a OMS destaca que um nível mais alto de educação também pode gerar desgaste entre as ACS mais instruídas, devido à falta de oportunidades de progressão na carreira, além de restringir o grupo de candidatas potenciais, em especial em contextos de baixa escolaridade²⁵.

Tais apontamentos indicam que os programas de ACS podem ser entendidos como programas de inclusão, desenvolvimento social e humano, se a inserção no mundo do trabalho ocorrer ao mesmo tempo em que o contratante se compromete com a elevação da escolaridade.

Considerando o histórico predomínio de mulheres nas profissões de saúde estudos têm observado este fenômeno também para a categoria de ACS ao redor do mundo^{25,38}. Tal aspecto é compreendido como fortaleza para o desenvolvimento socioeconômico sendo muitas vezes uma forma de inclusão das mulheres no mundo do

trabalho. Sobre este aspecto, a OMS recomenda como um dos critérios de seleção de ACS²⁵:

[...] nível educacional mínimo adequado à(s) tarefa(s) em questão; adesão e aceitação pela comunidade alvo; equidade de gênero considerando preferencialmente mulheres; atributos pessoais, capacidades, valores e experiências profissionais e de vida dos candidatos (grifo dos autores).

Porém, ainda é avaliado como fraco o apoio político e o financiamento a programas de ACS o que se traduz na falta de suprimentos, infraestrutura, baixa remuneração, formação deficiente e supervisão inadequada, desafios antigos da categoria e que precisam estar nas agendas governamentais^{12,39,40}. Isso pode ser reflexo da questão histórica de gênero, já que o trabalho de cuidado desenvolvido pela categoria é visto como extensão do papel das mulheres no âmbito doméstico não remunerado³⁸.

Para Cometto¹⁹, os programas de ACS não devem representar apenas uma maneira de economizar custos ou atuarem como substitutas de outras profissionais de saúde, mas sim integrem equipes interprofissionais de APS. Recomenda-se, ainda, considerar a possibilidade de vincular as iniciativas das ACS às políticas multidimensionais e estruturas como educação, trabalho e desenvolvimento comunitário⁴¹.

Sobre as implicações de custo, chama-se atenção para o fato de programas de ACS demandarem um financiamento de longo prazo, embora não exista informação suficiente sobre isso e sua relação aos gastos dos governos^{39,42}. No entanto, a OMS⁴³ aponta que a implantação de programas de ACS sugere ser uma estratégia custo-efetiva e que países em todos os níveis de desenvolvimento socioeconômico demonstram que é possível realizar investimentos em iniciativas de grande escala.

Conforme já apontado em estudos comparados de sistemas de saúde, existe um movimento quase pendular na história de configuração dos sistemas. Por um lado, a diminuição de gastos, supressão de direitos e abertura ao mercado em tempos de crise, por outro, em conjunturas econômicas favoráveis, a saúde é vista como um importante vetor do desenvolvimento e da coesão social, definindo a construção de redes coordenadas pela atenção primária, garantindo a racionalidade, qualidade e sustentabilidade dos sistemas⁴⁴.

Nos mais diversos cenários, seja em países de baixa e média renda, seja em países de alta

renda, a vigilância à saúde integrada à APS, assim como a participação comunitária foram recomendadas e, de alguma forma, implantadas. Estas iniciativas contam em grande medida com o protagonismo das ACS que estão desafiadas frente às novas tecnologias da informação, mas principalmente, frente às avassaladoras desigualdades socioeconômicas agudizadas na pandemia de COVID-19⁴⁵⁻⁴⁷.

As limitações do estudo dizem respeito ao método adotado que não utiliza uma abordagem de revisão sistemática, apesar de ser apropriada para descrever e discutir o estado da arte de um determinado objeto no tempo. Outro aspecto importante foi a não contextualização histórica da institucionalização dos sistemas de saúde para melhor compreensão do papel das ACS em cada país.

Conclusão

Este artigo não pretendeu esgotar a literatura a respeito do tema, mas sim ampliar a percepção sobre as práticas, condições de trabalho e formação de ACS no mundo, percebendo aproximações e diferenças que podem enriquecer o olhar de gestores e tomadores de decisão em contextos de implantação, ampliação e reconfiguração de tais programas.

Quanto às práticas, países de baixa e média renda direcionam a categoria para realização de procedimentos curativistas e biomédicos, numa lógica de APS seletiva, diante da falta de outros profissionais nas equipes. Já os países de alta renda parecem adotar os programas para atingir maior equidade e acesso a populações específicas.

Grande parte dos países não garantem uma formação adequada, com apenas dois países, dos 38 aqui catalogados, garantindo formação de nível superior. Persiste a precarização e predominância de trabalho voluntário, na sua maioria protagonizado por mulheres.

O atual cenário de crise global complexifica e agrava os problemas sociais e sanitários ao mesmo tempo em que demanda criatividade nas respostas comunitárias. O desafio é aproveitar a força de trabalho das ACS dando-lhes condições e respaldo para o enfrentamento da nova realidade social e epidemiológica que se apresenta com a mobilização e engajamento comunitário necessário.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito.

Referências

1. Perry H, Crigler L. *A brief history of community health worker programs. Developing and strengthening community health worker programs at scale: a reference guide and case studies for program managers and policymakers*. Washington: Usaid, MCHIP; 2013.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários*. URSS: OMS; 1978.
3. Dal-Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(10):1924-1926.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Estratégia global sobre recursos humanos para a saúde: força de trabalho 2030*. Genebra: OMS; 2016.
5. Perry HB, Rassekh BM, Gupta S, Freeman PA. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 7. shared characteristics of projects with evidence of long-term mortality impact. *J Glob Health* 2017; 7(1):010907.
6. Schneider H, Lehmann U. From community health workers to Community health systems: time to widen the horizon? *Health Systems Reform* 2016; 2(2):112-118.
7. Hannay J, Heroux J. *Agentes Comunitários de Saúde e uma cultura de saúde: lições dos EUA e modelos globais - um relatório de aprendizagem*. New Jersey: Fundação Robert Wood Johnson; 2016.
8. Zulu JM, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era. *Health Res Policy Syst* 2021; 19(Supl. 3):130.
9. Lewin S, Lehmann U, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 3. Programme governance. *Health Res Policy Syst* 2021; 19(Supl. 3):129.
10. Bhaumik S, Moola S, Tyagi J, Nambiar D, Kakoti M. Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health* 2020; 5(6):e002769.
11. Nogueira ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. *Saude Soc* 2019; 28(3):309-323.
12. Morosini MV, Fonseca A. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saude Debate* 2018; 42:261-274.
13. Samudio JLP, Brant LC, Martins ACFDC, Vieira MA, Sampaio CA. Agentes comunitários de saúde na atenção primária no brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. *Trab Educ Saude* 2017; 15(3):745-769.
14. Toledo JA, Rodrigues MC. Teoria da mente em adultos: uma revisão narrativa da literatura. *Bol Acad Paul Psicol* 2017; 37(92):139-156.
15. Méllo LMBD, Santos RC, Albuquerque PC. Agentes Comunitárias de Saúde na pandemia de Covid-19: scoping review. *Saude Debate* 2022; 46(n. esp. 1):368-384.
16. Costa PHA, Mota DCB, Paiva FS, Ronzani TM. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):395-406.

17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
18. Najafizada SA, Bourgeault IL, Labonte R, Packer C, Torres S. Community health workers in Canada and other high-income countries: A scoping review and research gaps. *Can J Public Health* 2015; 106(3):e157-e164.
19. Cometto G, Ford N, Pfaffman-Zambruni J, Akl EA, Lehmann U, McPake B, Ballard M, Kok M, Najafizada M, Olaniran A, Ajuebor O, Perry HB, Scott K, Albers B, Shlonsky A, Taylor D. Health policy and system support to optimise community health worker programmes: an abridged WHO guideline. *Lancet Glob Health* 2018; 6(12):e1397-e1404.
20. Scott K, Beckham SW, Gross M, Pariyo G, Rao KD, Cometto G, Perry HB. What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Hum Resour Health* 2018; 16(1):39.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
22. South J, Meah A, Bagnall AM, Jones R. Dimensions of lay health worker programmes: results of a scoping study and production of a descriptive framework. *Glob Health Promot* 2013; 20(1):5-15.
23. Perry H. *Health for the people: national community health worker programs from Afghanistan to Zimbabwe*. Washington: Usaid; 2020.
24. Queiros AALD. *A prática dos agentes comunitários de saúde na América Latina: origem, contradições e desafios para o cuidado em saúde no começo do século XXI* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
25. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Diretriz da OMS sobre política de saúde e apoio do sistema para otimizar programas comunitários de trabalhadores de saúde*. Genebra: OMS; 2018.
26. National Health Care for the Homeless Council. *Integrating Community Health Workers into Primary Care Practice. A Resource Guide for HCH Programs* [Internet]. [cited 2022 maio 24]. Available from: <https://nhchc.org/research/publications/chws/training-chws/>.
27. US Bureau of Labor Statistics. Division of Occupational Employment and Wage Statistics. *Occupational Employment and Wages, May 2021. 21-1094 Community Health Workers* [Internet]. [cited 2022 maio 24]. Available from: <https://www.bls.gov/oes/current/oes211094.htm>.
28. Mélo LMBD, Albuquerque PC, Santos RC, Felipe DA, Queirós AAL. Agentes comunitários de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)* 2021; 25(Supl. 1):e210306.
29. Organização Internacional do Trabalho. *Classificação Internacional Padrão de Ocupações 2008 (ISCO-08): estrutura, definições de grupo e tabelas de correspondência*. Genebra: OIT; 2012.
30. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1903-1914.
31. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):18-37.
32. Santos AFD, Rocha HAD, Lima AMLD, Abreu DMX, Silva EA, Araújo LHL, Cavalcante ICC, Matta-Machado ATG. Contribution of community health workers to primary health care performance in Brazil. *Rev Saude Publica* 2020; 54:143.
33. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Almeida PF. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2021; 37(8):e00247820.
34. Gonçalves-Junior O, Gava GB, Silva MS. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. *Saude Soc* 2017; 26(4):872-887.
35. Glenton C, Javadi D, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 5. Roles and tasks. *Health Res Policy Syst* 2021; 19(Supl. 3):128.
36. Colvin CJ, Hodgins S, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 8. Incentives and remuneration. *Health Res Policy Syst* 2021; 19(Supl. 3):106.
37. Mélo LMBD. *Análise da profissionalização dos/as Agentes Comunitários/as de Saúde: qual o futuro desse/a trabalhador/a no sistema de saúde brasileiro?* [tese]. Recife: Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães; 2021.
38. Barbosa RHS, Menezes CAF, David HMSL, Bornstein VJ. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. *Interface (Botucatu)* 2012; 16(42):751-765.
39. Masis L, Gichaga A, Zerayacob T, Lu C, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 4. Programme financing. *Health Res Policy Syst* 2021; 19(Supl. 3):107.
40. Perry HB, Chowdhury M, Were M, LeBan K, Crigler L, Lewin S, Musoke D, Kok M, Scott K, Ballard M, Hodgins S. Community health workers at the dawn of a new era: 11. CHWs leading the way to "Health for All". *Health Res Policy Syst* 2021; 19(Supl. 3):111.
41. Afzal MM, Pariyo GW, Lassi ZS, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 2. Planning, coordination, and partnerships. *Health Res Policy Syst* 2021; 19(Supl. 3):103.
42. Perry HB, Dhillon RS, Liu A, Chitnis K, Panjabi R, Palazuelos D, Koffi AK, Kandeh JN, Camara M, Camara R, Nyenswah T. Community health worker programmes after the 2013-2016 Ebola outbreak. *Bull World Health Organ* 2016; 94(7):551-553.
43. World Health Organization (WHO). *Strengthening primary health care through community health workers: investment case and financing recommendations*. Geneva: WHO; 2015.
44. Conill EM. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. *Rev Bras Promo Saude* 2018; 31(4):1-13.

45. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(2):e2020166.
46. Prado NMBL, Biscarde DGS, Junior EPP, Santos HLPC, Mota SEC, Menezes ELC, Oliveira JS, Santos AM. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da Covid-19: contribuições para o debate. *Cien Saude Colet* 2021; 26(7):2843-2857.
47. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, Medina MG. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saude Debate* 2020; 44(n. esp. 4):161-176.

Artigo apresentado em 24/05/2022

Aprovado em 12/08/2022

Versão final apresentada em 14/08/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva