

Habilidades dos agentes comunitários de saúde: análises com estudantes do curso técnico do Programa Saúde com Agente

Community health workers' skills: analyses with students of the technical course of the Health with Worker Program

Camila Giugliani¹, Denise Barbosa de Castro Friedrich², Carmen Lúcia Mottin Duro³, Diogo Pilger⁴, Ana Francisca Kolling⁵, Cassiane Silocchi⁶, Daniela Riva Knauth⁷, Luciana Barcellos Teixeira⁸, Leandro Raizer⁹, Fabiana Schneider Pires¹⁰

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Analisar as habilidades do agente comunitário de saúde (ACS) durante o curso técnico do Programa Saúde com Agente. Método: Estudo transversal, com questionário estruturado online, incluindo dados sociodemográficos e habilidades dos estudantes, organizado em domínios e dimensões. Resultados: Foram encontrados altos percentuais de “saber fazer” para planejamento de ações educativas, de promoção à saúde e de prevenção de acidentes (59,3%), visitas domiciliares (74,4%), identificação de usuários que não fazem uso correto dos medicamentos (52,5%) ou que apresentam fatores de risco para doenças transmissíveis (58,0%) e encaminhamento de usuários com infecções sexualmente transmissíveis (56,9%). Com relação às medidas de pressão arterial (27,7%) e glicemia (27,4%), os percentuais foram baixos. Por sua vez, a opção “não saber fazer” foi encontrada em altos percentuais para realizar manobras de reanimação cardiopulmonar (40,4%) e realizar técnicas de imobilização em pessoas vítimas de trauma (43,2%). Conclusão: Os ACS percebem que têm habilidades para realizar ações educativas e visitas domiciliares. As lacunas apareceram no âmbito das doenças crônicas e dos primeiros socorros, atribuições mais recentes, reforçando a importância de uma formação de nível técnico que contemple o seu trabalho. O curso técnico do Programa Saúde com Agente vai ao encontro das necessidades de formação desses trabalhadores, potencializando seu trabalho na Atenção Primária, na busca de melhores indicadores de saúde para o país.



PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública. Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To analyze the skills of community health workers (CHWs) during the technical course of the Health with Worker Program, implemented by the Brazilian Ministry of Health. Method: cross-sectional study, using a structured online questionnaire organized into domains and dimensions, collecting data on students' skills and their sociodemographic profiles. Results: High percentages of “I know how to do it” were found for planning educational, health promotion and accident prevention measures (59.3%), paying home visits (74.4%), identifying users who do not take medications correctly (52.5%) or who present risk factors for communicable diseases (58.0%), and referring users with sexually transmitted infections (56.9%). As for measuring blood pressure (27.7%) and blood glucose (27.4%), the percentages were low. On the other hand, the option “I do not know how to do it” was found in high percentages for performing cardiopulmonary resuscitation maneuvers (40.4%) and performing immobilization techniques on trauma victims (43.2%). Conclusion: CHWs realize that they have the skills to carry out educational activities and pay home visits. The gaps appeared in the areas of chronic diseases and first aid, more recent assignments, reinforcing the importance of technical-level training that covers these topics. The technical course of the Health with Worker Program meets the training needs of these workers, enhancing their performance in Primary Care, in search of better health indicators for Brazil.


KEYWORDS: Public Health. Community Health Workers. Primary Health Care. Health Education. Family Health Strategy.


¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  <https://orcid.org/0000-0002-2652-5214>


² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  <https://orcid.org/0000-0002-3321-1707>  denisebarbosadecastrofriedrich@gmail.com


³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  <https://orcid.org/0000-0002-7400-0375>


⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  <https://orcid.org/0000-0002-8171-2688>


⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  <https://orcid.org/0000-0002-3251-9048>

⁶ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  <https://orcid.org/0000-0002-8538-9849>

⁷ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  <https://orcid.org/0000-0002-8641-0240>

⁸ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  <https://orcid.org/0000-0003-1654-3723>

⁹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  <https://orcid.org/0000-0002-0406-7670>

¹⁰ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  <https://orcid.org/0000-0001-6545-524X>

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) envolve diferentes aspectos de organização do trabalho e de produção do cuidado, compreendendo o território, suas características e a avaliação dos indivíduos para determinar o nível mais adequado das necessidades de serviço. No Brasil, a APS já apresentou diferentes arranjos organizacionais com o passar do tempo. Atualmente, desenvolve o cuidado da população nas comunidades e áreas adscritas, prioritariamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF)¹.

Na ESF, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são considerados participantes ativos na equipe de trabalho, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A PNAB foi instituída no país em 2006, com o propósito de promover a organização da APS como porta de entrada do sistema de saúde, assim como possibilitar o desenvolvimento de um cuidado integral que impacte na melhoria de saúde dos indivíduos, das famílias e das coletividades².

Historicamente, a formação dos ACS foi fragmentada e pouco articulada com as necessidades de saúde nos diferentes cenários do país³. No ano 2004, foi publicado o referencial curricular para o curso técnico dos ACS⁴. Gradualmente, outros movimentos políticos e sindicais mobilizaram-se. Em 2018, foi aprovada a Lei nº 13.595, a qual dispõe sobre a necessidade de cursos de formação técnica e continuada voltados para esse profissional de saúde⁵.

Em 2017, com a atualização da PNAB, ocorreu a reconfiguração da natureza do trabalho do ACS, que passou a ter no seu escopo de práticas profissionais, para além de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, outras atribuições a ser desenvolvidas no domicílio, em excepcionalidade, na ausência de profissional técnico de enfermagem, ou profissional de nível superior⁶. Esse acréscimo busca qualificar a ação destes trabalhadores para o avanço da saúde da população, ao mesmo tempo em que as ações do ACS no campo da promoção e das práticas educativas em saúde se mantêm essenciais.

No final do ano de 2020, com o surgimento do Programa Saúde com Agente (PSA), por meio do Ministério da Saúde⁷, a formação técnica do ACS ganhou destaque, por tratar-se de iniciativa inédita: um curso de abrangência nacional, no formato híbrido, com atividades teóricas em ambiente virtual e atividades práticas nos territórios de ação profissional dos estudantes.

O PSA foi instituído por meio da Portaria GM/MS nº 3.421/2020, de 07 de dezembro de 2020⁷, prevendo a formação técnica de Agente comunitário de Saúde e do Agente de Vigilância em Saúde com ênfase no Combate às Endemias (ACE), na modalidade de cursos técnicos, ancorados na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que é um marco para a formação e trabalho em saúde no país⁸.

Por meio de edital público para seleção de instituição de ensino superior, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foi selecionada para a realização

dos dois cursos técnicos em cooperação com o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Os cursos abrangem todo o território nacional, atingindo em torno de 200 mil ACS e ACE⁹.

Os cursos foram estruturados em matrizes curriculares que possibilitam o conhecimento conectado às questões sociais, culturais, políticas e econômicas, com o objetivo de formar um indivíduo capaz de compreender o seu meio e atuar no seu âmbito. As atividades de ensino-aprendizagem foram realizadas em disciplinas que apresentam momentos de concentração (desenvolvidas em Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA) e dispersão (atividades práticas nos territórios dos municípios onde os estudantes atuam, com acompanhamento de preceptores) no período de agosto de 2022 a julho de 2023. O conteúdo teórico teve a finalidade de criar, aprofundar, acrescentar e sistematizar o conhecimento que sustenta a prática dos ACS e ACE. Durante a dispersão nos territórios, a prática consistiu em análise, reflexão e reorganização do processo de trabalho, a partir da interação entre estudantes e preceptores¹⁰.

A formação pelos cursos técnicos do PSA buscou oportunizar conhecimentos e desenvolvimento de habilidades para qualificar a atuação desses trabalhadores nos territórios da APS. O curso fomentou a aprendizagem entendendo o conhecimento como aquele que é relacionado ao desempenho de atividades e, portanto, ao desenvolvimento de habilidades, o “saber fazer”. Assim, a partir da articulação entre conhecimentos e habilidades, desenvolve-se a ampliação da capacidade e da qualidade de trabalho¹¹. Assim, este estudo teve como objetivo analisar as habilidades dos ACS durante o curso de formação do PSA.

MÉTODO

O presente estudo é parte integrante da pesquisa intitulada “A formação no Programa Saúde com Agente e seu impacto na saúde das comunidades”. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado por meio da aplicação de um questionário *on-line*, autopreenchido.

Os 160 mil estudantes matriculados no curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Programa Saúde com Agente foram convidados a responder um questionário virtual com perguntas estruturadas, que foi enviado para o *e-mail* dos estudantes matriculados na UFRGS. Os estudantes receberam, junto com o convite de participação, um *link* de acesso para o questionário, precedido por informações sobre o objetivo da pesquisa. O preenchimento do instrumento de pesquisa foi liberado após a aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital pelo estudante.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi composto por 54 perguntas elaboradas com o objetivo de avaliar as habilidades dos ACS durante a formação no âmbito do PSA. Antes

da aplicação, todas as perguntas passaram pela apreciação de quatro ACS, que aprovaram a linguagem e a compreensibilidade do instrumento.

A aplicação do questionário foi realizada aos 6 meses de curso, antes do início da etapa formativa II, na qual foram trabalhados, separadamente, os conteúdos específicos do ACS e do ACE. Instrumentos de autoavaliação de desempenho têm sido muito usados em estudos para medir habilidades e conhecimentos entre estudantes da área da saúde¹²⁻¹³. No presente estudo, o instrumento utilizado foi composto por duas partes: uma de identificação do perfil sociodemográfico e outra sobre as habilidades dos estudantes.

O perfil sociodemográfico foi analisado por meio das seguintes variáveis: sexo (feminino, masculino, outro, prefere não declarar), raça/cor (amarela, branca, indígena, parda, preta, não sei/prefiro não informar), idade (em anos, categorizada em 18 a 28, 29 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69 ou ≥ 70), escolaridade (ensino de pós-graduação incompleto, ensino de pós-graduação completo, ensino médio incompleto, ensino superior completo e ensino superior incompleto), região de residência (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste, Sul), área de atuação (área indígena, área ribeirinha, área rural, área urbana, outra), vínculo de trabalho (contrato direto com o estado, contrato direto com município, contrato terceirizado, não sei/prefiro não informar, outro) e tempo de atuação como ACS (em anos, categorizado em 0 a 2 anos, 2 a 5 anos, 6 a 10 anos, 11 a 15 anos, 16 a 20 anos, mais de 20 anos). A partir das respostas obtidas, foi gerada uma tabela para a realização da análise descritiva do perfil dos estudantes participantes do estudo.

Para a análise das habilidades dos estudantes, foram utilizados seis domínios. O Quadro 1 demonstra a estrutura do instrumento, de acordo com os domínios, o número de questões e as dimensões.

Quadro 1 – Estrutura do instrumento de coleta de dados, com distribuição das questões em acordo com os domínios e dimensões (habilidades)

Domínios	Total de Questões		Habilidades	
			Reconhecimento de necessidades e planejamento de ações (RNPA)	Execução (E)
1	Educação, Planejamento e Ações no Território	6	3	3
2	Processo de Trabalho	8	4	4
3	Acompanhamento dos ciclos de vida das famílias	10	4	6
4	Cuidado das Doenças Crônicas não Transmissíveis	6	3	3
5	Cuidado das Doenças Transmissíveis	9	5	4
6	Primeiros Socorros	15	7	8
Total		54	26	28

Fonte: elaborado pelos autores

Para as respostas, utilizou-se uma escala do tipo Likert de 5 pontos: “Não sei fazer”, “Sei fazer um pouco”, “Tenho dúvida”, “Sei fazer” e “Sei fazer muito bem”. O instrumento foi submetido à confiabilidade de coerência interna, a qual foi calculada por meio do teste de coeficiente alfa de Cronbach. O teste mede a correlação entre as respostas do questionário determinadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. Foi adotada a classificação de Bland e Altman, que sugere que o coeficiente seja maior ou igual a 0,7¹⁴.

A coleta de dados foi realizada no período de 08/02/2023 a 28/03/2023. Foram consideradas válidas apenas as respostas completas. Para análise dos resultados de cada domínio/dimensão estudados, foram estruturadas duas tabelas, cada uma contemplando três domínios e duas dimensões. Os dados foram apresentados considerando as frequências absolutas e relativas de resposta para cada domínio. Os dados coletados foram organizados e analisados utilizando os programas Microsoft Excel® e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29.0.

Aspectos éticos

O estudo seguiu os protocolos éticos recomendados e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (parecer n.º 5.679.570; CAAE n.º 60867922.6.0000.5347).

RESULTADOS

Dos 12.873 ACS participantes no estudo, 85,2% eram do sexo feminino. Em relação à raça/cor, 55,9% se declararam pardos, 11,2%, pretos e 31,3%, brancos. Quanto à faixa etária, identificou-se uma concentração maior de estudantes entre 40 e 49 anos (38,8%), seguida de estudantes entre 29 e 39 anos (31,9%).

Detectou-se que 59% e 18,1% dos estudantes declararam ter concluído o ensino médio e o ensino superior, respectivamente. Observou-se maior proporção de estudantes residentes nas regiões Nordeste (38,4%) e Sudeste (30,6%), porém todas as regiões estiveram representadas. A maioria dos estudantes atuava em áreas urbanas (68,1%) e tinha contrato de trabalho direto com o município (60,3%). Quanto ao tempo de atuação como ACS, observou-se maior proporção na faixa entre 11 e 15 anos (21,4%). O coeficiente alfa de Cronbach do instrumento utilizado para coleta das respostas entre os ACS foi de 0,88, atestando a confiabilidade para a amostra estudada. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos estudantes.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos estudantes (Agentes Comunitários de Saúde)

(Continua)

SEXO	n	%
Feminino	10968	85,2
Masculino	1877	14,6
Outro	8	0,1
Prefiro não dizer	20	0,2
RAÇA/COR	n	%
Amarela	110	0,9
Branca	4035	31,3
Indígena	56	0,4
Não sei / Prefiro não informar	22	0,2
Parda	7202	55,9
Preta	1448	11,2
FAIXA ETÁRIA	n	%
18-28	888	6,9
29-39	4108	31,9
40-49	4991	38,8
50-59	2488	19,3
60-69	389	3,0
70 ou mais	9	0,1
ESCOLARIDADE	n	%
Ensino de pós-graduação incompleto	256	2,0
Ensino de pós-graduação completo	997	7,7
Ensino médio completo	7591	59,0
Ensino médio incompleto	227	1,8
Ensino superior completo	2334	18,1
Ensino superior incompleto	1468	11,4
REGIÃO	n	%
Centro-Oeste	883	6,9
Nordeste	4944	38,4
Norte	1481	11,5
Sudeste	3934	30,6
Sul	1631	12,7

(Conclusão)

ÁREA DE ATUAÇÃO	n	%
Área indígena	13	0,1
Área ribeirinha	42	0,3
Outro	83	0,6
Rural	3973	30,9
Urbano	8762	68,1
VÍNCULO DE TRABALHO	n	%
Contrato direto com o estado	603	4,7
Contrato direto com o município	7766	60,3
Contrato terceirizado (empresa, fundação, organização social ou OSC, outros)	822	6,4
Não sei / Prefiro não informar	789	6,1
Outro	2893	22,5
TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ACS	n	%
0 a 2	1204	9,4
2 a 5	1709	13,3
6 a 10	2694	20,9
11 a 15	2758	21,4
16 a 20	2257	17,5
Mais de 20 anos	2251	17,5

Fonte: elaborada pelos autores

O Quadro 2 sistematiza as frequências de respostas para o domínio “Educação, Planejamento e Ações no Território”. Neste domínio, as maiores proporções foram encontradas na categoria “Sei fazer”, destacando-se as habilidades de planejar, junto com a comunidade, ações educativas de promoção da saúde e prevenção de agravos (59,3%) e identificar situações de risco social no território (somando 59,0%).

Quadro 2 – Frequência de respostas para o domínio “Educação, Planejamento e Ações no Território”

Habilidades	Educação, planejamento e ações no território	Não sei fazer		Sei fazer		Sei fazer muito bem		Sei fazer um pouco		Tenho dúvida	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RNPA	Identificar situações de risco social no território (situações de violência, vulnerabilidade social, entre outras).	26	0,2	7594	59,0	3987	31,0	851	4,3	415	3,2
RNPA	Planejar, junto com a comunidade, ações educativas de promoção da saúde e prevenção de agravos.	83	0,6	7639	59,3	3405	26,5	1137	8,8	609	4,7
RNPA	Identificar situações de risco ambiental no território (poluição do ar, sonora e das águas, lixo, seca, chuvas, enchente, entre outras).	129	1,0	7265	56,4	3866	30,0	943	7,3	670	5,2
E	Desenvolver atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças prevalentes no território.	62	0,5	7425	57,7	3935	30,6	893	6,9	558	4,3
E	Desenvolver atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças prevalentes no território.	35	0,3	6690	52,0	5380	41,8	511	4,0	257	2,0
E	Estimular a comunidade a atuar nos espaços de participação social em saúde (conselhos de saúde e outros).	103	0,8	7578	58,9	3397	26,4	1025	8,0	770	6,0

RNPA = Reconhecimento de necessidades e planejamento de ações (RNPA); E = Execução

Fonte: elaborado pelos autores

O Quadro 3 apresenta as frequências para o domínio “Processo de Trabalho. Identificou-se maior percentual de respostas na categoria “Sei fazer muito bem”, relacionadas às habilidades de realizar visitas domiciliares às famílias da sua microárea (74,4%) e efetuar o cadastro dos indivíduos e das famílias da sua microárea no E-SUS (70,0%). Em relação ao trabalho conjunto

com o ACE, destacam-se proporções mais altas nas categorias “Não sei fazer” (6,1%) e “Tenho dúvida” (12,4%), em comparação com as outras habilidades listadas.

Quadro 3 – Frequência de respostas para o domínio “Processo de Trabalho”

Habilidades	Processo de Trabalho	Não sei fazer		Sei fazer		Sei fazer muito bem		Sei fazer um pouco		Tenho dúvida	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RNPA	Planejar ações de reconhecimento do território.	56	0,4	7237	56,2	4255	33,1	835	6,5	490	3,8
RNPA	Planejar, junto com a equipe de saúde, ações a ser realizadas no território.	16	0,1	7329	56,9	4834	37,6	509	4,0	185	1,4
RNPA	Reconhecer os problemas de saúde das famílias de acordo com os ciclos de vida (crianças, adolescentes, homens, mulheres e pessoas idosas).	19	0,1	7231	56,2	4590	35,7	580	4,5	453	3,5
RNPA	Identificar os problemas de saúde da população que são mais prioritários, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população.	24	0,2	7445	57,8	4374	34,0	547	4,2	438	3,8
E	Realizar visitas domiciliares às famílias da sua microárea.	07	0,1	3197	24,8	9572	74,4	65	0,5	32	0,2
E	Analisar, junto com a equipe de saúde, os dados obtidos nas visitas domiciliares e nas saídas ao território.	26	0,2	3607	28,0	9010	70,0	103	0,8	127	1,0
E	Trabalhar, em conjunto com o Agente de Combate às Endemias, para a melhoria das condições de saúde da comunidade.	30	0,2	5936	46,1	6354	49,4	285	2,2	268	2,1
E	Planejar ações de reconhecimento do território.	787	6,1	6245	48,5	2985	23,2	1255	9,7	1601	12,4

RNPA = Reconhecimento de necessidades e planejamento de ações (RNPA); E = Execução

Fonte: elaborado pelos autores

O Quadro 4 apresenta os resultados para o domínio “Acompanhamento dos Ciclos de Vida das Famílias”. Encontrou-se maior percentual de respostas vinculadas à categoria “Sei fazer muito bem”, relacionadas às habilidades de orientar os pais e responsáveis pelas crianças com vacinas em atraso a procurar a equipe de saúde para atualização vacinal (62,4%) e de identificar crianças com 1 ano de idade com vacinas em atraso (56,5%).

Quadro 4 – Frequência de respostas para o domínio “Acompanhamento dos Ciclos de Vida das Famílias”

(Continua)

Habilidades	Acompanhamento dos ciclos de vida das famílias	Não sei fazer		Sei fazer		Sei fazer muito bem		Sei fazer um pouco		Tenho dúvida	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RNPA	Identificar crianças de até 2 anos que não estejam fazendo o acompanhamento regular com a equipe de saúde (com consultas em atraso).	10	0,1	6002	46,6	6562	51,0	174	1,4	125	1,0
RNPA	Identificar crianças com 1 ano de idade com vacinas em atraso.	17	0,1	5084	39,5	7271	56,5	198	1,5	303	2,4
RNPA	Identificar gestantes que não iniciaram o acompanhamento pré-natal ou que estão em atraso ou faltosas nas consultas.	13	0,1	5568	43,3	7074	55,0	117	0,9	101	0,8
E	Acompanhamento dos ciclos de vida das famílias (Identificar situações de sofrimento mental nas famílias).	52	0,4	6811	52,9	3965	30,8	786	6,1	1259	9,8
RNPA	Identificar mulheres que estão com exame citopatológico de colo uterino em atraso, conforme a faixa etária.	69	0,5	6583	51,1	5458	42,4	360	2,8	403	3,1
E	Orientar os pais e responsáveis pelas crianças com vacinas em atraso a procurar a equipe de saúde para atualização vacinal.	7	0,1	4963	36,5	8027	62,4	85	0,7	61	0,5

(Conclusão)

Habilidades	Acompanhamento dos ciclos de vida das famílias	Não sei fazer		Sei fazer		Sei fazer muito bem		Sei fazer um pouco		Tenho dúvida	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
E	Realizar as medidas de peso e altura das crianças.	257	2,0	5293	41,1	6551	50,9	374	2,9	398	3,1
E	Orientar mulheres com sinais e sintomas de gravidez a realizar o teste confirmatório da gestação na UBS.	26	0,2	5575	43,3	6995	54,3	141	1,1	136	1,1
E	Registrar o número de mulheres que realizaram exames para prevenção de câncer de colo uterino e de mama, conforme a faixa etária e o intervalo indicado.	244	1,9	6530	50,7	4874	37,9	443	3,4	782	6,1
E	Orientar a pessoa idosa sobre prevenção de quedas e de acidentes domésticos.	27	0,2	6064	47,1	6413	49,8	218	1,7	151	1,2

RNPA = Reconhecimento de necessidades e planejamento de ações (RNPA); E = Execução

Fonte: elaborado pelos autores

No Quadro 5, apresentam-se os resultados encontrados para o domínio “Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis” (DCNT). Identificou-se maior percentual de estudantes na categoria “Sei fazer”, tanto na pergunta relacionada à habilidade de identificar pessoas que não estão fazendo uso correto dos medicamentos, prescritos para o controle de doenças crônicas (52,5%), quanto naquela sobre identificar pessoas com diabetes que não realizaram consulta de acompanhamento nos últimos 6 meses (48,8%). Neste domínio, chamou atenção o fato de que 27,7% e 27,4% dos ACS responderam “Não sei fazer” para os itens sobre realizar a medida da glicemia e realizar a medida da pressão arterial, respectivamente.

Quadro 5 – Frequência de respostas para o domínio “Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (DCNT)

(Continua)

Habilidades	Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Não sei fazer		Sei fazer		Sei fazer muito bem		Sei fazer um pouco		Tenho dúvida	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RNPA	Identificar pessoas que não estão fazendo uso correto dos medicamentos prescritos para o controle de doenças crônicas.	47	0,4	6760	52,5	5201	40,4	398	3,1	467	3,6
RNPA	Identificar pessoas com hipertensão arterial que não realizaram consulta de acompanhamento ou que não mediram a sua pressão arterial ao menos uma vez nos últimos 6 meses.	47	0,4	6207	48,2	6223	48,3	204	1,6	192	1,5
RNPA	Identificar pessoas com diabetes que não realizaram consulta de acompanhamento nos últimos 6 meses.	49	0,4	6280	48,8	6113	47,5	229	1,8	202	1,6
E	Orientar indivíduos e familiares sobre o uso correto de medicações para o controle das doenças crônicas.	57	0,4	6187	48,1	6026	46,8	255	2,0	348	2,7
E	Realizar a medida da pressão arterial.	3528	27,4	3858	30,0	3011	23,4	1275	9,9	1201	9,3
E	Realizar a medida da glicemia.	3565	27,7	3995	31	2753	21,4	1363	10,6	1197	9,3

RNPA = Reconhecimento de necessidades e planejamento de ações (RNPA); E = Execução

Fonte: elaborado pelo autores

O Quadro 6 apresenta os resultados do domínio “Cuidado das Doenças Transmissíveis”. Identificou-se que a maioria dos estudantes refere que sabe identificar fatores de risco para as doenças transmissíveis na microárea de atuação (58,0%) e encaminhar pessoas com sinais e sintomas de infecções sexualmente transmissíveis para realização de testagem rápida junto com a equipe de saúde (56,9%).

Quadro 6 – Frequência de respostas para o domínio “Cuidado das Doenças Transmissíveis”
(Continua)

Habilidades	Cuidado das Doenças Transmissíveis	Não sei fazer		Sei fazer		Sei fazer muito bem		Sei fazer um pouco		Tenho dúvida	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RNPA	Identificar fatores de risco para as doenças transmissíveis na microárea de atuação.	147	1,1	7471	58,0	3272	25,4	965	7,5	1018	7,9
RNPA	Planejar ações de controle de vetores que transmitem doenças (mosquitos, ratos e outros) em conjunto com o ACE e equipe de saúde.	381	3,0	6896	53,6	3160	24,5	1269	9,9	1167	9,1
RNPA	Identificar sinais e sintomas de tuberculose.	338	2,6	6566	51,0	2771	21,5	1385	10,8	1813	14,1
RNPA	Identificar sinais e sintomas de infecções sexualmente transmissíveis.	710	5,5	5705	44,3	1957	15,2	1838	14,3	2663	20,7
RNPA	Identificar sinais e sintomas de hanseníase.	491	3,8	6095	47,3	2232	17,3	1726	13,4	2329	18,1
E	Notificar os casos suspeitos de Dengue, Chikungunya e Zika vírus.	935	7,3	6350	49,3	2648	20,6	1255	9,7	1685	13,1
E	Realizar o acompanhamento domiciliar das pessoas com tuberculose, verificando se estão fazendo o tratamento e realizando os exames indicados.	255	2	6926	53,8	4271	33,2	631	4,9	790	6,1

(Conclusão)

Habilidades	Cuidado das Doenças Transmissíveis	Não sei fazer		Sei fazer		Sei fazer muito bem		Sei fazer um pouco		Tenho dúvida	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
E	Encaminhar pessoas com sinais e sintomas de infecções sexualmente transmissíveis para realização de testagem rápida junto com a equipe de saúde.	189	1,5	7330	56,9	4063	31,6	624	4,8	667	5,2
E	Orientar os contatos domiciliares de pessoas com diagnóstico de hanseníase a buscar a equipe de saúde para avaliação.	154	1,2	7190	55,9	4388	34,1	539	4,2	602	4,7
RNPA	Identificar fatores de risco para as doenças transmissíveis na microárea de atuação.	147	1,1	7471	58	3272	25,4	965	7,5	1018	7,9

RNPA = Reconhecimento de necessidades e planejamento de ações (RNPA); E = Execução

Fonte: elaborado pelos autores

No domínio “Primeiros Socorros”, encontrou-se maior percentual de respostas vinculadas à categoria “Sei fazer” para a habilidade de planejar com a equipe de saúde ações de prevenção de acidentes no território (55,1%). Observaram-se, ainda, percentuais elevados na categoria “Não sei fazer” para os itens: realizar os primeiros cuidados para a vítima de envenenamento ou intoxicação (47,7%), realizar técnicas de imobilização em pessoas vítimas de trauma (43,2%) e realizar manobras de reanimação cardiorrespiratória (40,4%) (Quadro 7).

Quadro 7 – Frequência de respostas para o domínio “Primeiros Socorros”

(Continua)

Habilidades	Primeiros Socorros	Não sei fazer		Sei fazer		Sei fazer muito bem		Sei fazer um pouco		Tenho dúvida	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RNPA	Identificar uma pessoa em situação de parada cardiorrespiratória.	3167	24,6	2690	20,9	766	6,0	2246	17,4	4004	31,1
RNPA	Identificar uma pessoa em situação de engasgo.	1014	7,9	5691	44,2	1331	10,3	2924	22,7	1913	14,9
RNPA	Identificar o grau de gravidade de uma queimadura.	2675	20,8	3467	26,9	997	7,7	2415	18,8	3319	25,8
RNPA	Identificar uma vítima de envenenamento ou intoxicação.	4024	31,3	2016	15,7	570	4,4	2051	15,9	4212	32,7
RNPA	Identificar sinais e sintomas de uma fratura.	2278	17,7	3816	29,6	911	7,1	2960	23,0	2908	22,6
RNPA	Planejar, junto com a equipe de saúde, ações de prevenção de acidentes no território.	585	4,5	7095	55,1	2361	18,3	1596	12,4	1236	9,6
RNPA	Identificar lesões por animais peçonhentos.	2994	22,9	2969	23,1	827	6,4	2321	18,0	3812	29,6
E	Verificar os sinais vitais de uma pessoa (frequência respiratória, frequência cardíaca e temperatura).	3099	24,1	3590	27,9	1507	11,7	2435	18,9	2242	17,4
E	Realizar manobras de reanimação cardiorrespiratória.	5202	40,4	2387	18,5	730	5,7	2209	17,2	2345	18,2
E	Auxiliar uma vítima em situação de engasgo.	2498	19,4	3890	30,2	905	7,00	3401	26,4	2179	16,9
E	Realizar os primeiros cuidados a uma vítima de queimadura.	3448	26,8	3132	24,3	780	6,1	2893	22,5	2620	20,4
E	Realizar técnicas de imobilização em pessoas vítimas de trauma.	5558	43,2	2028	15,8	613	4,8	2085	16,2	2589	20,1
E	Realizar os primeiros cuidados para a vítima de envenenamento ou intoxicação.	6143	47,7	1347	10,5	450	3,5	1745	13,6	3188	24,8

(Conclusão)

Habilidades	Primeiros Socorros	Não sei fazer		Sei fazer		Sei fazer muito bem		Sei fazer um pouco		Tenho dúvida	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
E	Prestar os primeiros socorros às vítimas de acidentes por animais peçonhentos.	4439	34,5	2404	18,7	645	5,00	2533	19,7	2852	22,2
E	Atuar no local de um acidente, cuidando da sua segurança e da segurança das outras pessoas, até a chegada do serviço de emergência.	1824	14,2	4960	38,5	1794	13,9	2634	20,5	1661	12,9

RNPA = Reconhecimento de necessidades e planejamento de ações (RNPA); E = Execução

Fonte: elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

Neste estudo, os dados coletados apontam para um perfil de estudantes majoritariamente do sexo feminino (85%), de cor parda (56%), na faixa etária compreendida entre 40 e 49 anos (39%), com formação escolar de nível médio (59%), que vivem na Região Nordeste do país (38%), atuam em áreas urbanas (68%), possuem contrato de trabalho direto com o município em que atuam (60%) e acumulam entre 11 e 15 anos de experiência na função de ACS (21%).

A predominância do sexo feminino corrobora com outro estudo sobre o perfil dos ACS no Brasil¹⁵. Além disso, evidências na literatura internacional tratam da maior representatividade de mulheres em atividades laborais na área da saúde¹⁶. No estudo presente, a maioria de ACS identificada com a cor parda converge com outro estudo, que encontrou 58% autodeclarados nesta categoria¹⁷.

Identificou-se percentual importante de estudantes que ultrapassaram a exigência mínima de escolaridade e declararam ter concluído o ensino médio (59%) e até mesmo o ensino superior (18%). Os dados demonstram que os ACS têm buscado maior qualificação, uma representação da crescente escolarização dessa categoria profissional, encontrada também em outro estudo¹⁸.

Outra característica identificada no perfil dos ACS participantes está relacionada à sua área de atuação. Encontrou-se maior percentual de estudantes que atuam em áreas urbanas. Baralhas e Pereira¹⁹ destacam os novos desafios encontrados nesses territórios que demandam

ações intersetoriais efetivas, a exemplo de violência urbana, tráfico de drogas e desemprego. Tais fatores reforçam a importância da maior concentração dos ACS nesses territórios e dos processos de formação e capacitação que qualifiquem a atuação do ACS em identificar e manejar essas questões da melhor forma possível.

Sobre o vínculo de trabalho, a Nota Técnica nº 546/2021- CGFAP/DESF/SAPS/MS, publicada pelo Ministério da Saúde, destaca que as formas de contratação do ACS variam de acordo com a forma de realização do repasse federal aos municípios²⁰. Os tipos de vínculo podem ser classificados como diretos ou indiretos. Neste estudo, identificou-se maior percentual de ACS que referem que possuem vínculo direto com o município, o que está em consonância com a legislação brasileira²¹, que garantiu o respeito aos direitos trabalhistas e previdenciários dos ACS e a possibilidade da contratação direta desses profissionais pelos municípios por meio de seleções públicas. Trata-se de uma questão relevante, pois formas de contratação que garantam os direitos trabalhistas dos ACS podem impactar positivamente aspectos como a diminuição da rotatividade e, conseqüentemente, apoiar a continuidade e a qualidade do trabalho realizado pelos ACS com as comunidades.

Em relação ao tempo de serviço, destaca-se que 77,6% atuam há mais de seis anos como ACS. Ademais, especificamente, 35% atuam há mais de 16 anos. Desta forma, ressalta-se a permanência desses profissionais na função por vários anos, o que pode ser considerado um aspecto positivo no sentido da aquisição e da aplicação de suas habilidades junto com as equipes e comunidades ao longo do tempo. Esse achado vai ao encontro de outro estudo realizado em quatro capitais brasileiras, que mostrou que a maioria dos ACS se encontrava há 5 ou mais anos na função²².

Com relação às habilidades, no domínio “Educação, Planejamento e Ações no Território”, os resultados encontrados demonstraram que uma alta proporção de ACS referiu que sabe realizar atividades relacionadas ao planejamento de ações educativas e de promoção à saúde junto com a comunidade. O fato deste tipo de atividade compor o escopo dos conteúdos dos cursos introdutórios de formação do ACS²³ pode explicar este resultado.

O ACS apresenta condições de promover uma atenção diferenciada no que se refere à saúde das pessoas ao realizar visitas domiciliares e utilizar uma linguagem acessível e com diálogos, respeitando a diversidade de saberes²⁴. O ACS se constitui em elemento nuclear das ações em saúde, pois estabelece relações de mediação e articulação entre a equipe de saúde e a comunidade no cotidiano do trabalho em saúde²⁵.

O risco social é compreendido como uma situação complexa, resultante não somente de problemas de grupos e indivíduos, mas dos contextos sociais e ambientais que produzem saúde ou doença²⁶. Observou-se que um alto percentual dos estudantes referiu que

sabe identificar situações de risco social no território, como, por exemplo, situações de violência e vulnerabilidade social.

Durante a pandemia, os ACS se depararam com novos riscos em relação ao trabalho comunitário e se viram desafiados a desenvolver novas habilidades de comunicação com a comunidade, por meio da internet ou de visitas “no portão do domicílio”, para conseguir atuar e identificar riscos e problemas de saúde junto com as famílias. Mudanças de contexto como essa demonstram que o trabalho como ACS exige uma qualificação cada vez maior²⁷.

No domínio “Processo de Trabalho”, ficou evidente que os ACS se sentem seguros nas suas habilidades de realizar visitas domiciliares e cadastros dos indivíduos e das famílias da sua microárea no sistema de informação e-SUS, que são atividades já consolidadas na rotina diária do ACS. A visita domiciliar (VD) é a atividade principal do ACS. Por meio da VD, o agente realiza e atualiza o cadastro das famílias e mantém o vínculo com os usuários. Entretanto, atualmente, há uma considerável proporção de usuários da ESF que não recebe VD do ACS, o que pode ser um reflexo da PNAB de 2017, que propõe a não obrigatoriedade do ACS na composição das equipes ou a redução no número desses profissionais, além de não priorizar a ESF como modelo de APS do ponto de vista da indução financeira⁶.

Estudo realizado em 2014, em Viçosa, Minas Gerais, identificou que 55% dos ACS planejam seu trabalho a partir da visita domiciliar²⁷. Um estudo com ACS em capitais brasileiras também mostrou que mais da metade dos ACS realiza VD diariamente²². Outra questão importante relacionada ao cadastramento realizado pelo ACS e seu registro no e-SUS diz respeito ao novo modelo de financiamento para APS, denominado “Programa Previne Brasil”, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O Programa instituiu a capitação ponderada, considerando fatores de ajuste como vulnerabilidade socioeconômica, perfil de idade e classificação rural-urbana do município, de acordo com o IBGE²⁸. Portanto, identificar que os ACS não referem dificuldades quanto à realização de visitas domiciliares e ao cadastramento das famílias é um indício de que essas atividades têm sido bem compreendidas na prática.

Ainda no domínio “Processo de trabalho”, mesmo com a proposta de integração do cuidado do usuário na equipe multiprofissional da ESF, ainda há uma proporção significativa de ACS que respondeu que “não sabem fazer” ou que “têm dúvidas” sobre o trabalho em conjunto com o ACE. Esse dado aponta para a importância da ênfase no trabalho conjunto da APS com a Vigilância, uma vez que o trabalho dos ACS, em sua complexidade e abrangência, inclui ações de vigilância à saúde, como busca ativa e notificação de doenças infecciosas²⁹.

Em relação ao acompanhamento dos ciclos de vida das famílias, as maiores proporções de respostas foram vistas na categoria “Sei fazer muito bem”. Destacam-se as habilidades de orientar os pais e responsáveis pelas crianças sobre a atualização da carteira de vacinação, o que acentua um protagonismo dos ACS, especialmente relevante no atual cenário, que vem

buscando a recuperação dos índices de cobertura vacinal nas crianças, após um período de queda brusca, que se agravou ainda mais com a pandemia de COVID-19³⁰. Estudo desenvolvido em Minas Gerais detectou que os municípios de grande porte apresentaram maiores taxas de abandono vacinal, considerando dez imunobiológicos recomendados para crianças menores de 2 anos³¹. Assim, entre as estratégias de fortalecimento da ESF, os ACS podem ter papel central na diminuição da recusa da vacina, pois possuem uma forte influência na comunidade, tanto em meio urbano quanto em meio rural³².

No acompanhamento das mulheres, viu-se que o ACS “sabe fazer” e “sabe fazer muito bem” o encaminhamento para exame citopatológico de colo uterino em atraso, conforme a faixa etária. Por meio do cadastramento, o ACS conhece as mulheres residentes em seu território e pode identificar as suas diferentes demandas de cuidado, tanto exames necessários quanto consultas³³.

O cuidado da pessoa idosa está muito relacionado às DCNT. No presente estudo, os ACS se mostraram confiantes em sua atuação no cuidado de pessoas com DCNT, bem como na identificação de usuários que não estão fazendo uso correto dos medicamentos prescritos e daqueles com diagnóstico de diabetes que não estão realizando seu seguimento clínico adequado. Esses achados vão ao encontro da ênfase necessária no cuidado com essas doenças, cuja prevalência é crescente na prática da atenção primária. O cuidado das doenças crônicas exige uma nova organização do trabalho, envolvendo centralmente o ACS, com o objetivo de minimizar complicações e proporcionar qualidade de vida às pessoas com agravos dessa natureza³⁴.

Nessa perspectiva, em relação à ampliação das atividades do ACS no âmbito das doenças crônicas, foi muito relevante o achado que apontou quase 30% dos ACS disse que não sabe realizar a medição da glicemia e a medição da pressão arterial. Assim, para que possa executar tais atribuições, previstas na PNAB de 2017⁶, é fundamental que tenha formação adequada, abrangendo essas ações. No entanto, faz-se necessário problematizar tal questão: se por um lado, essas novas atribuições visam auxiliar no diagnóstico precoce, no acompanhamento e na prevenção de agravos não transmissíveis altamente prevalentes, por outro lado, existe um risco de transferência da ênfase para um cuidado individual e segmentado, em detrimento das ações educativas e de promoção da saúde no coletivo, que são a essência do trabalho do ACS³⁵. Alguns princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, como diálogo, problematização e construção compartilhada do conhecimento²⁴, são muito representativos da abordagem do ACS em sua essência, de modo que devem ser reforçados ao longo de todo o processo de formação desse profissional, para que não se perca a raiz do trabalho educativo junto com a comunidade.

Os resultados do presente estudo demonstram que um alto percentual de ACS referiu que sabe identificar fatores de risco para doenças transmissíveis e encaminhar pessoas com sinais e sintomas de infecções sexualmente transmissíveis (IST) para realização de testagem nas Unidades de Saúde. A atuação dos ACS no apoio à identificação de pessoas com sinais e sintomas de IST é uma atividade de prevenção essencial, considerando o cenário epidemiológico brasileiro, em que aproximadamente 138 mil pessoas desconhecem o seu status sorológico. No Brasil, a oferta da testagem rápida para HIV e outras IST nos serviços de atenção primária é uma realidade desde 2012³⁶. Dessa forma, a testagem pode ser considerada como uma porta de entrada para o acesso às demais tecnologias de prevenção e ao cuidado integral, com participação ativa dos ACS. Nesse sentido, uma formação qualificada e de nível técnico do ACS é necessária para atuação nos contextos familiares, com atitude ética e respeitosa para a escuta das questões e informações de foro íntimo, podendo utilizá-las nos momentos de orientação sobre IST/AIDS.

Quanto aos Primeiros Socorros, os resultados deste estudo indicam que o ACS sabe planejar, com a equipe de saúde, ações de prevenção de acidentes no território. No entanto, um percentual significativo não sabe realizar manobras de reanimação cardiopulmonar, manejo de vítimas de envenenamento ou intoxicação e técnicas de imobilização em pessoas vítimas de trauma.

A Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011³⁷, reorganizou a rede de atenção às urgências no SUS, através da qual a APS foi considerada uma das portas de entrada e componente da rede, com o objetivo de ampliar o acesso e torná-lo humanizado e integral para os usuários em situação de urgência e emergência. Assim, torna-se necessária a qualificação dos ACS para sua atuação nos primeiros socorros em urgências, conforme alguns estudos já vêm fundamentando³⁸⁻³⁹. Um desses estudos apontou para a baixa autoconfiança do ACS em relação aos conhecimentos necessários para intervir em uma situação de urgência ou emergência³⁹, o que reforça a importância da formação técnica.

Quanto às limitações, o estudo apresenta o número de respondentes (16 mil) em relação ao número total de cursistas (em torno de 138 mil). Portanto, a amostra analisada pode não ser representativa de todos os estudantes. Ainda assim, o número de participantes, em absoluto, pode ser considerado alto, trazendo de forma original uma linha de base para avaliar a aquisição de habilidades com a formação técnica do Programa Saúde com Agente. Outra limitação está relacionada ao fato de que o questionário foi autopreenchido, o que pode ter trazido dificuldades na compreensão das perguntas e no preenchimento do instrumento.

CONCLUSÃO

A formação técnica para trabalhadores do SUS tem sido um desafio ao longo dos anos. Com a ampliação do escopo das habilidades e da atuação profissional dos ACS, uma formação técnica, de caráter crítico e humanista, tem papel fundamental para contribuir na qualificação dos processos de trabalho dessa categoria, que está na linha de frente da APS brasileira.

O estudo buscou iluminar a discussão sobre as habilidades do ACS, além de trazer dados sociodemográficos que reforçam o perfil do trabalho na saúde, majoritariamente desenvolvido por mulheres que atuam na profissão por longo tempo. Compreende-se que alguns conteúdos desenvolvidos no curso técnico do Programa Saúde com Agente já faziam parte da rotina de trabalho desses profissionais, com especial destaque para as atividades de prevenção e promoção à saúde, reforçando a essência do ACS no trabalho educativo junto com a comunidade.

Com relação a algumas atribuições mais recentes do ACS, no escopo das DCNT e dos primeiros socorros, foram evidenciadas lacunas em suas habilidades. Contudo, acredita-se que poderão ser melhoradas com a conclusão do curso técnico do PSA. Assim, o presente estudo servirá de linha de base para avaliar essa evolução.

REFERÊNCIAS

1. Mendes, EV, O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [acesso em 2024 fev. 21]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
2. Ministério da Saúde (Brasil). Política nacional de atenção básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2023 jun. 02]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
3. Amaral MCS, Pontes AGV, Silva JV. O ensino de educação popular em saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014 [acesso em 2023 jun. 2];18 Supl 2:1547–58. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0441>
4. Ministério da Saúde, Ministério da Educação (Brasil). Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em 2023 jun. 2]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf
5. Brasil. Lei n. 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2018 [acesso em 2023 maio 28]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13595.htm

6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional da Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2023 jun. 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS n. 3.241, de 7 de dezembro de 2020. Institui o Programa Saúde com Agente. Diário Oficial da União [Internet]. 2020 [acesso em 2023 jun. 2];235:290. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-ms-n-3.241-de-7-de-dezembro-de-2020-293178860>
8. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [Internet]. 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2023 jun. 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
9. Ministério da Saúde (Brasil). Orientações aos gestores municipais de saúde: programa saúde com agente [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2023 jun. 2]. Disponível em: https://saudecomagente.ufrgs.br/saude/wp-content/uploads/2022/08/Folder_saudecomagente_gestor_atualizado.pdf
10. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Projeto Pedagógico do curso técnico em agente comunitário de saúde [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2022 [acesso em 2023 maio 2]. Disponível em: <https://saudecomagente.ufrgs.br/saude/wp-content/uploads/2022/02/Projeto-Pedagogico-Curso-Tecnico-Agente-Comunitario-Saude.pdf>
11. Coelho Junior FA, Borges-Andrade JE. Uso do conceito de aprendizagem em estudos relacionados ao trabalho e organizações. Paidéia (Ribeirão Preto) [Internet]. 2008 [acesso em 2023 maio 2]; 18(40):221–34. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200002>
12. Santos FF Miranda CZ, Perlite KC, Barbosa MS, Caldeira AP, Costa SM. Desempenhos na Área de Competência Educação em Saúde: Autoavaliação de Estudantes de Medicina. Rev bras educ med [Internet]. 2020 [acesso em 2024 mar. 10];44(3):e85. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190291>
13. Freitas EO, Silva NR, Silva RM, Souto VT, Pinno C, Siqueira DF. Autoavaliação de estudantes universitários sobre seu desempenho acadêmico durante a pandemia da COVID-19. Rev. Gaúcha enferm [Internet]. 2022 [acesso em 2024 mar. 10];43: e20210088. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210088.pt>
14. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. BMJ [Internet]. 1997 [acesso em 2023 jun. 3];314(7080):572. DOI: [10.1136/bmj.314.7080.572](https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.572)
15. Rocha NHN, Barletto M, Bevilacqua PD. Identidade da agente comunitária de saúde: tecendo racionalidades emergentes. Interface (Botucatu) [Internet]. 2013 [acesso em 2023 jun. 3];17(47):847-57. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000031>
16. Boniol, M, Mclsaac, M, Xu, L, Wuliji, T, Diallo, K, Campbell, J. (2019). Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [acesso em 2023 jun. 3]. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/who-his-hwf-gender-wp1-2019.1-eng.pdf>
17. Lotta G, Wenham C, Nunes J, Pimenta DN. Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. Lancet [Internet]. 2020 [acesso em 2023 maio 28];396(10248):365-6. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31521-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31521-X)
18. Musse JO, Marques RS, Lopes FRL, Monteiro KS, Santos SC. Avaliação de competências de agentes comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. Ciênc saúde

- coletiva [Internet]. 2015 [Acesso em 2023 jul. 23];20(2):525-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.01212014>
19. Baralhas M, Pereira MAO. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [Acesso em 2023 jul.15];66(3):358-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300009>
 20. Ministério da Saúde (Brasil). Nota Técnica nº 546/2021-CGFAP/DESF/SAPS/MS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2023 ago. 18]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/07/NT-ACS.pdf>
 21. Brasil. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § do art. 198 da Constituição [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2006 [acesso em 2023 ago.18]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm
 22. Fausto MC, Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Andrade CL, et al. The work of community health workers in major cities in Brazil: mediation, community action, and health care. *J Ambul Care Manage*. 2011 [acesso em 2023 ago.19];34(4):339-53. DOI: 10.1097/JAC.0b013e31822cbe60
 23. Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (Brasil). Curso introdutório para agentes comunitários de saúde [Internet]. 2021 [acesso em 2023 ago.19]. Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=28>
 24. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.761, de 19 de n 2013. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2013 [acesso em 2024 fev. 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html
 25. Rampelotto GF, Schimith MD, Corcini LMCS, Garcia RP, Perlini NMOG. Ações educativas às pessoas com hipertensão e diabetes: trabalho do Agente Comunitário de Saúde rural. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2022 [acesso em 2023 maio 27];12:e43. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/68715>
 26. Dimenstein M, Cirilo Neto M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. *Rev. Prat pesqui psico* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 maio 20];15(1):1-17. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/3704
 27. Braga GMAIM. O planejamento do trabalho do agente comunitário de saúde e sua interface com o acesso dos usuários aos serviços de saúde de Viçosa, Minas Gerais [dissertação] [Internet]. Viçosa, MG: Universidade Federal de Viçosa; 2014 [acesso em 2023 ago.19]. Disponível em: <https://locus.ufv.br/handle/123456789/3395>
 28. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2019 [acesso em 2023 ago.19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
 29. Barreto ICHC, Pessoa, VM, Sousa MFA, Nuto SAS, Freitas, RWJF, Ribeiro KG, et al. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 jun. 3];42:114-29. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yM5QgR9y7559xWP3jMMhpDd/?format=pdf&lang=pt>
 30. La Porta ML, Lima E. Vacinação infantil sofre queda brusca no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022 [acesso 2024 mar. 08]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/vacinacao-infantil-sofre-queda-brusca-no-brasil>
 31. Silva TPR, Vimieiro AM, Gusmão JD, Souza JFA, Lachtim SAF, Vieira EWR, Silva TMR, et al. Classificação de risco para transmissão de doenças imunopreveníveis em Minas Gerais, Brasil: dois anos desde o início da pandemia de COVID-19. *Cienc saúde coletiva* [Internet].

- 2023 [acesso em 2024 mar. 08];25(3):669-710. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.11192022>
32. Santos MTS, Carvalho TA, Santos TRM, Brito MJA, Holanda DAM, Silva MSF, et al. Importância do trabalho do ACS no monitoramento da vacinação ações em crianças menores de 5 anos: revisão integrativa. *Re Soc Dev* [Internet]. 2023 [acesso em 2023 ago. 19];12(2):e9212239981. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39981>
33. Alves LMS, Muller FE, Mocelin G, Vargas ES, Somavilla VEC, Krug SBF. Agente comunitário de saúde na atenção integral à saúde da mulher: dificuldades para o desenvolvimento das ações. *Rev Interdisciplin promoç saúde* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 jul.15];3(1):10-7. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/15776>
34. Leite MT, Dal Pai S, Quintana JM, Costa MC. Diseases chronicles do not encephalopathies in the elderly: knowledges and actions from community health agents. *Rev. Pesqui. Fundam. cuid. online* [Internet]. 2015 [acesso em 2023 ago. 20];7(2):2263-76. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3597>
35. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2018 [acesso em 2024 mar. 08];42(116):11-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
36. Ministério da Saúde (Brasil), Portaria n. 77, de 12 janeiro 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2012 [acesso em 2023 ago. 21]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html
37. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República; 2011 [Acesso em 2023 ago. 21]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
38. Ventorini JAO, Badke MR, Bisogno SBC, Consentino SF, Santos VO. Conhecimentos e conduta dos agentes comunitários de saúde frente aos primeiros socorros. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2012 [acesso em 2023 jul.15];2(2):353-64. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5232>
39. Martins DMB, Brandão MGSA, Araújo FDS, Albano LMC, Ávila ES, Galindo Neto NM, et al. Conhecimento e autoconfiança de Agentes Comunitários de Saúde sobre Primeiros Socorros e Parada cardiopulmonar. *Rev. Cuid* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 ago. 21];12(2):e1162. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1162>

Artigo recebido em outubro de 2023

Versão final aprovada em abril de 2024