



Mulheres negras na pandemia: o caso de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)

Jaciane Milanezi | pesquisadora do Afro
Hugo Nicolau de Gusmão | pesquisador do Afro
Caio Jardim Sousa | pesquisador do Afro
Thayla Bicalho Bertolozzi | pesquisadora do Afro
Gabriela Lotta | pesquisadora do NEB/FGV
Michelle Fernandez | pesquisadora do NEB/FGV
Marcela Corrêa | pesquisadora do NEB/FGV
Elaine Vilela | pesquisadora do LAPEST/UFMG
Cláudia Ayer | pesquisadora do LAPEST/UFMG

Resumo executivo

- Agentes Comunitários de Saúde (ACS) constituem um grupo peculiar no mercado de trabalho. De acordo com a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) de 2017, 70% de ACS são mulheres, mais da metade delas se autodeclararam como pardas, são adultas, quase 70% com ensino médio completo, com média salarial de dois salários mínimos e mais de 70% são estatutárias (Figura 1, p. 15).
- Desde a década de 90, a categoria de ACS cresceu no país, constituindo um mercado de trabalho formal no qual mais da metade das trabalhadoras são negras (Tabela 1, p. 7; Figura 2, p. 25).

- A inserção da população negra no mercado de trabalho é mais caracterizada pelo trabalho informal. Segundo a Síntese de Indicadores Sociais do IBGE, a proporção de trabalhadores pretos e pardos com vínculos informais de trabalho em 2019 foi 47,4%, enquanto para a população branca esse percentual foi de 34,5%.
- A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral (PNAD-Contínua) de junho de 2020 indica que mulheres pretas e pardas (negras) correspondem a 28,9% da população adulta, o que equivale a 29 milhões de cidadãs. Regionalmente, elas estão mais concentradas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (onde estão 56,9% delas) que as mulheres brancas (somente 23,3% destas habitam em tais regiões).
- O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) indica que a categoria de ACS corresponde a mais de 200 mil trabalhadores, com crescimento na contratação, entre 2008 e 2020, em quase 5 mil municípios, especialmente no Nordeste (Mapa 2, p. 14).
- Apesar da antiguidade e da importância da profissão, o Brasil não possui inquérito nacional sobre as características demográficas da categoria e suas condições de trabalho. Mas, pesquisas indicam precarização, sobrecarga, condições ruins de saúde, inclusive doenças de risco de contaminação por Covid-19 e adoecimento mental (pp. 14-19).
- Uma pesquisa coordenada pelo Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB/FGV) evidencia que esse quadro se intensificou nos primeiros meses da pandemia da Covid-19. Diversas ACS participantes do estudo relataram ter recebido pouco Equipamento de Proteção Individual (EPI), treinamento, orientações e apoio institucional para trabalhar na pandemia. Ademais, os relatos apontam para casos de assédio moral de supervisores e usuários durante a pandemia. A carência de testagem da doença também sinaliza um cenário crítico das experiências dessas profissionais (pp. 24-35).
- As ACS também reportaram sentir medo, despreparo e desânimo para exercer a profissão durante a crise sanitária. Ainda, os testemunhos versam sobre a reconfiguração de atividades fundamentais à Atenção Primária à Saúde (APS), como a relação direta com os usuários do SUS por meio das Visitas Domiciliares (VD), descaracterizando assim a rotina de trabalho dessas profissionais (pp. 24-35).

Este informativo em palavras

A nuvem de palavras sintetiza os tópicos mais abordados neste informativo, considerando a intensidade de sua frequência (quantidade de ocorrências, dos termos listados, que foram utilizados ao longo do texto).



Análise

Os indicadores mais utilizados para analisar o comportamento das desigualdades raciais durante a pandemia do novo coronavírus têm sido o acesso da população negra aos equipamentos de saúde, às políticas emergenciais e o comportamento dos dados de infecções e mortes por Covid-19. Mas, as relações entre a pandemia e as desigualdades podem ser analisadas sob a ótica das profissões e suas práticas dentro do SUS.

Neste informativo, seguimos esse caminho ao buscar compreender sob quais condições de trabalho uma categoria profissional do SUS, majoritariamente composta de mulheres negras, tem atuado: Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Nesse esforço, buscamos observar a linha de frente da ação estatal no contexto de pandemia. A ACS é uma categoria profissional que ganhou centralidade no SUS com a adoção da Estratégia

Saúde da Família (ESF) como política principal da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo considerada a profissão que insere o usuário no sistema.

A constituição da profissão de ACS, historicamente associada à precariedade, e a reprodução dessa precarização durante a pandemia reforçam uma situação subalterna dessas mulheres no mercado de trabalho. Até se tornarem agentes de saúde, seus relatos são de difíceis percursos para aquisição desse emprego, e seus trabalhos anteriores mais citados são de cuidadoras, babás, vendedoras informais de comida ou produtos de beleza, costureiras, domésticas e professoras de ensino fundamental.

Apesar de o ingresso na profissão de ACS conceder a formalidade do vínculo trabalhista com o Estado, essas mulheres negras continuam em posições ocupacionais de prestação de serviço de baixos rendimentos. O novo *status* ocupacional reafirma as desigualdades e privações ocasionadas pela articulação entre os marcadores de raça, gênero e classe.

Em quatro décadas de existência formal no SUS, a categoria conseguiu arduamente uma fixação salarial de dois salários mínimos, adicional por insalubridade, contratação mediante vínculo empregatício e não mais voluntário. Além de a precarização ser caracterizada pelos baixos salários, há poucas condições profissionais para as ACS exercerem sua função primordial, a mediação entre usuários e o SUS (Lotta, 2015). Elas ocupam a hierarquia mais baixa das profissões da saúde e recebem do Estado pouca formação continuada. A precarização é reforçada pela sobrecarga de trabalho no cotidiano do ofício, que é praticamente ininterrupta nos territórios, mas não se reverte em retornos salariais.

O histórico das condições de trabalho das ACS, a posição delas na estrutura ocupacional e a precarização da categoria durante a pandemia demonstram uma realidade crítica para essas mulheres. A Covid-19 chegou ao Brasil em meados de fevereiro de 2020 e a abordagem

comunitária da ESF poderia ter sido mais bem articulada a partir do quadro profissional das ACS (Lotta et al., 2020; Haines et al., 2020). No entanto, a falta de investimento e de ações coordenadas para utilizar essa força de trabalho capilarizada no território somou-se à situação desfavorável de vida e trabalho dessas profissionais para enfrentar a crise sanitária.

A seguir, sintetizamos como as ACS foram inseridas no SUS e se tornaram profissionais fundamentais das políticas de cuidados primários em saúde, políticas que impactam diretamente as populações negras pela gestão da saúde por territórios. Além disso, apresentamos a distribuição delas nos municípios ao longo de 13 anos, entre 2008 e 2020, e o perfil demográfico e ocupacional para suprir a deficiência dessas informações, já que não existe documento do governo federal sobre a categoria. Em seguida, sintetizamos o trabalho cotidiano das ACS de mediação dos serviços primários antes da pandemia. Por fim, apresentamos a experiência de trabalho de 870 ACS durante a pandemia, extraídos da pesquisa “A pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil”, realizada pelo NEB/FGV.

Os dados utilizados neste informativo são de fontes secundárias e primárias. Os dados secundários foram obtidos a partir do CNES, entre 2008 e 2020, e da RAIS de 2017. Os dados primários são da pesquisa coordenada pelo NEB/FGV, realizada durante a pandemia, em junho de 2020. Outra fonte primária foi o acompanhamento do debate público sobre as ACS por meio de boletins, jornais e webinários, entre abril e outubro deste ano. Também utilizamos dados primários anteriores à pandemia, de entrevistas e etnografia com ACS e profissionais da ESF.

1. A Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as Equipes Multiprofissionais da ESF

Em fevereiro de 2020, quando a pandemia do novo coronavírus foi oficialmente reconhecida pelo governo federal¹, as atenções da mídia e dos governos se voltaram para o que ocorria nos hospitais. No início, o foco estava nas categorias profissionais da saúde que combatiam a Covid-19 nesse equipamento de saúde.

Em paralelo e internacionalmente, pesquisadores da saúde pública (Haines et al., 2020) chamaram atenção para outra complexidade, política, equipamento e categoria profissional do nosso sistema público de saúde, respectivamente: a Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus agentes de saúde.

A chamada não era em vão. O Brasil possui uma complexidade preventiva da saúde exemplar se comparado a outros sistemas públicos, que é a APS. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)², a APS é um conjunto de ações de saúde de “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (PNAB, artigo 2º). Essas ações devem ser desenvolvidas pela perspectiva da integralidade³, por equipe multiprofissional e dirigida à população em territórios definidos, chamados oficialmente de “territórios adscritos”.

No Brasil, a APS está presente em diversas regiões, possui um quadro de profissionais que cresceu nos últimos 30 anos e passou a adotar a ESF como política central para sua expansão. Por isso, os pesquisadores alertavam que o Brasil possuía condições institucionais já instaladas para

1 Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

2 Portaria 2.436, do MS, de 21 de setembro de 2017.

3 A integralidade é princípio oficial do SUS, estabelecido pelas leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Ela pode ser entendida como integrar serviços de saúde, articular as condições biológicas e sociais da saúde e a participação do cidadão nas escolhas de cuidado.

combater preventivamente a Covid-19 (Lotta et al., 2020; Schattan et al., 2020).

Depois, o monitoramento da APS revelou pouca prioridade à política no combate à doença (Schattan et al., 2020) e precárias condições de trabalho de ACS (Lotta et al., 2020). Com pouca coordenação nacional e a partir das decisões variadas das prefeituras, a ESF ganhou contornos diversos no combate à Covid-19. De forma geral, nos primeiros dez meses da pandemia no Brasil, acompanhamos essa política ainda retraída em serviços, profissionais, orçamento e pouco articulada com outras áreas públicas para gerir a doença (Cabral et al., 2020; Costa et al., 2020; Soares e Fonseca, 2020).

Conforme síntese da legislação, abaixo, a ESF passou a ser denominada assim em 1997 e mantida como política central da APS brasileira a partir da criação e das revisões da PNAB, em 2006, 2011 e 2017. A Estratégia tem como foco as diretrizes gerais da APS: o cuidado em saúde pela territorialização, a prevenção de doenças e a promoção da saúde pela integralidade. Para isso, a ESF é composta de equipes multiprofissionais de saúde que atuam nos territórios a partir das UBS. É nessas unidades que se encontram ACS, técnicos administrativos e de enfermagem, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, médicos de família, dentre outros profissionais. Eles(as) não atuam nos hospitais, mas nos territórios e nas casas dos cadastrados do SUS.

Tabela 1 →

Principais normas da APS, ESF e ACS

Ano	Norma	Conteúdo
1991	-	Lançamento do PACS
1994	-	Lançamento do PSF
1997	Portaria 1.886, MS, 18/12	Regulamentação do PACS e PSF
2002	Lei 10.507, 10/07	Criação da profissão de ACS
2006	Portaria 648, MS, 28/03	Criação da PNAB
2011	Portaria 2488, MS, 21/10	Primeira revisão da PNAB
2017	Portaria 2.436, MS, 21/09	Segunda revisão da PNAB
2018	Lei 13.708, 14/08	Nova regulamentação de ACS
2020	Lei 14.023, 08/07	ACS como essenciais na pandemia

De acordo com o Painel de Indicadores da Atenção Primária à Saúde do MS, em junho de 2020, havia 43.150 equipes de saúde da família no Brasil, de diversos tipos⁴. A estimativa da população nacional coberta pelas diversas equipes era de 75,41% da população. Isso equivale a 158.481.179 pessoas⁵. Pesquisas sobre a expansão da APS no Brasil indicam que a cobertura pode variar, chegando até 75% e 100% da população, a depender da capital considerada (Gomes, Gutierrez e Soranz, 2020; Neves et al., 2018). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013, indicou cobertura de 53,4% de domicílios cadastrados em unidades de saúde, com as melhores coberturas para Nordeste (64,7%), Sul (56,2%) e Sudeste (46%), sendo maior a média de cobertura em áreas rurais (Malta et al., 2016). Segundo Pinto e Giovanella (2018), a partir de dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), em 19 anos, entre 1998 e 2017, a cobertura passou de 4,4% da população (7 milhões de pessoas) para 70% (143 milhões).

Essa expansão se relacionou com a melhoria de indicadores de saúde, como o indicador de internações por condições sensíveis à atenção básica – ICSAB, relacionado às condições cardiovasculares, por exemplo (Pinto e Giovanella, 2018). Além disso, essa expansão alcançou famílias em situação de vulnerabilidade social. Segundo Malta et al. (2016), em 2008, 31% dos domicílios cobertos tinham rendimento mensal per capita entre ½ e 1 salário mínimo e 54%, até 2 salários mínimos; 63,8% de domicílios cobertos eram de pessoas de referência sem instrução ou com menos de 1 ano de estudo.

Esse perfil da APS é particularmente importante para as populações negras. Como analisamos no Informativo 1⁶, escolaridade, renda, posição

4 No CNES, existem 49 tipos de equipe de saúde, que podem ser filtradas por tipo de equipe, recorte administrativo e período. Recentemente, a Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do MS, redefiniu o registro das equipes de APS no CNES. A partir dessa norma, novos tipos de equipe foram criados e antigos foram agrupados.

5 Painel da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>>.

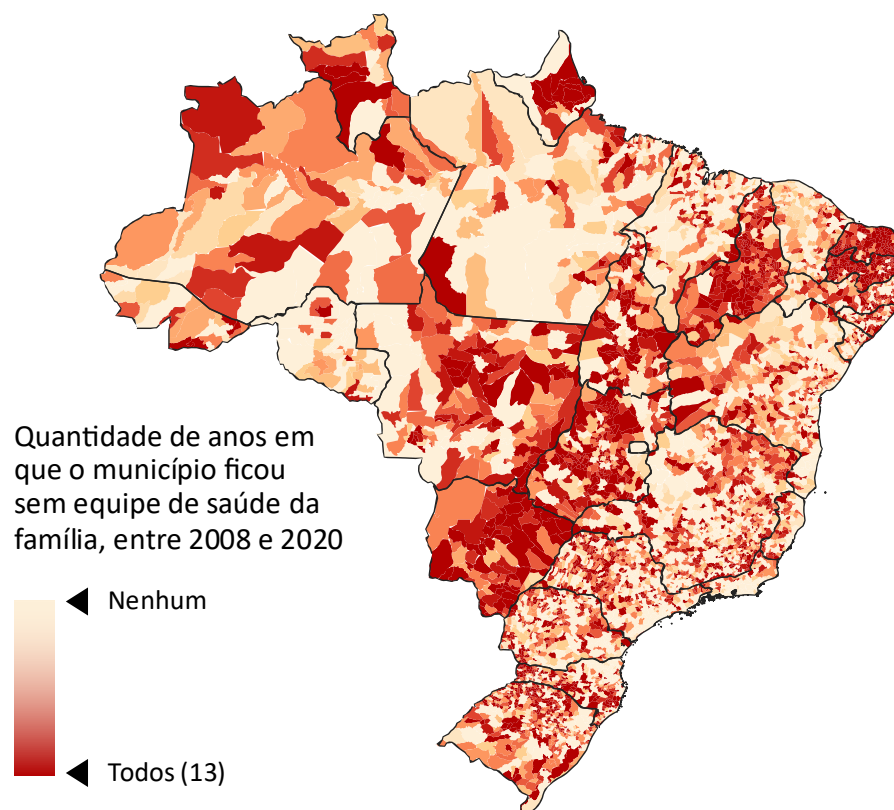
6 Informativo 1 – Desigualdades Raciais e Covid-19: o que a pandemia encontra no Brasil? Disponível em: <<https://cebrap.org.br/pesquisas/desigualdades- raciais-e-covid-19/>>.

no mercado de trabalho, gênero e território são dimensões centrais para compreender as condições de vida de pessoas negras. Como também analisamos naquele informativo, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD COVID-19) de julho de 2020, as doenças de risco da Covid-19 ainda se concentram em pessoas negras, sendo elas o grupo que possui as menores taxas de diagnóstico autorreferido em muitas dessas doenças (diabetes, tuberculose, hipertensão, doenças respiratórias crônicas, doenças cardiovasculares).

Conforme o Mapa 1, com base nos dados do CNES e foco em equipes multiprofissionais de médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, identificamos uma baixa distribuição municipal de equipes da ESF, entre 2008 e 2020, em 5.572 municípios. Em janeiro de 2008, identificamos o total de 10.744 equipes desse tipo. Em janeiro de 2020, esse número subiu para 16.151 equipes. Em todo o período, 1.672 municípios tiveram ao menos uma equipe desse tipo para 6 mil habitantes e 3.900 municípios não tiveram essas equipes para o mesmo contingente populacional. Por outro lado, ao considerarmos ao menos uma equipe completa para 3 mil habitantes, o cenário é de 294 municípios com ao menos uma equipe e 5.278 sem essa equipe. Nesses 13 anos (2008 a 2020), 1.315 municípios tiveram essa equipe multiprofissional e 1.534 municípios não tiveram nenhuma equipe desse tipo.

Mapa 1 →

Distribuição de equipes de ESF, nos municípios, entre 2008 e 2020



Fonte: Elaboração dos autores com base em dados do Ministério da Saúde (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES), extraídos em novembro/2020, usando dados vetoriais do IBGE.

Nesse sentido, é possível celebrar o aumento de crescimento de equipes da APS em números absolutos no país. Mas, conforme identificamos, na escala municipal, a presença de equipes multiprofissionais completas da ESF ainda é tímida e não houve mudança significativa ao longo do tempo, um achado condizente com pesquisa sobre a cobertura de equipes, especialmente após a última revisão da PNAB (Gomes, Gutierrez e Soranz, 2020).

Tabela 2 →

Crescimento de equipes de ESF nas capitais, entre 2008 e 2020.

Município	Estado	Crescimento da taxa de ESF por 3 mil habitantes, 2008-2020*
João Pessoa	PB	52,0%
Campo Grande	MS	41,6%
Porto Velho	RO	39,0%
Salvador	BA	32,2%
Rio de Janeiro	RJ	23,3%
Brasília	DF	19,7%
Maceió	AL	19,0%
Macapá	AP	14,5%
Fortaleza	CE	13,2%
Rio Branco	AC	12,4%
Natal	RN	12,0%
Curitiba	PR	10,9%
São Luís	MA	8,5%
Recife	PE	7,6%
Cuiabá	MT	5,8%
Aracaju	SE	5,3%
Florianópolis	SC	4,7%
Porto Alegre	RS	3,5%
Vitória	ES	2,5%
São Paulo	SP	1,0%
Belém	PA	0,7%
Palmas	TO	0,5%
Belo Horizonte	MG	0,2%
Manaus	AM	-0,4%
Boa Vista	RR	-1,8%
Teresina	PI	-10,8%

Fonte: Fonte: Elaboração dos autores com base em dados do Ministério da Saúde (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES), extraídos em novembro/2020, usando dados vetoriais do IBGE.

Conforme a Tabela 2, acima, a análise específica da expansão da ESF nas capitais brasileiras revela como a expansão da ESF difere entre as cidades. Notamos que Teresina teve o maior decréscimo (-10,82%) na quantidade de equipes de ESF, enquanto Rio de Janeiro (23%), Salvador (32%), Porto Velho (39%), Campo Grande (41%) e João Pessoa (51%) foram as capitais que tiveram maior crescimento.

2. ACS: funções, distribuição espacial, perfil demográfico e ocupacional

Distribuição temporal e espacial

Das equipes multiprofissionais da ESF, uma categoria profissional se destaca: os(as) Agentes Comunitários de Saúde. Conforme legislação acima, o PACS e o PSF são os marcos embrionários da categoria. Contudo, agentes de saúde já existiam no Brasil, desde os anos de 1980, a partir das experiências de políticas públicas estaduais, por exemplo, no Ceará, e de experiências voluntárias de promoção da saúde pelas pastorais da Igreja Católica, pela medicina comunitária e pelos movimentos populares de saúde⁷. Mas, foi com a institucionalização da ESF, em 1997, que ACS foram inseridos(as) nas equipes multiprofissionais dentro das unidades de saúde, passaram a ganhar o status de centralidade na APS e foram objeto de normas que regulamentaram suas atividades, sendo ainda recentes normas que visam melhorar suas condições de trabalho⁸.

Apesar de ACS existirem no país há quatro décadas, o MS ainda não elaborou um inquérito nacional sobre a distribuição nacional, os dados demográficos e as condições de trabalho dessa profissão.

Apesar de ACS existirem no país há quatro décadas, o MS ainda não elaborou um inquérito nacional sobre a distribuição nacional, os dados demográficos e as condições de trabalho dessa profissão. Conforme a PNAB/2017, cada ACS deve monitorar entre 150 e 750 pessoas no seu respectivo território. Em consonância com as concepções oficiais internacionais (WHO, 2018) e nacionais, ACS são responsáveis por atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde entre essas pessoas nos territórios. O conjunto da legislação e programas citados acima oficializam as práticas regulares que eles(elas) realizam: diagnósticos demográficos, visitas domiciliares, identificação de

⁷ Exemplo da atuação de agentes populares de saúde durante a pandemia ocorreu em São Paulo por meio da coordenação da União de Núcleos de Educação Popular para Negras/os e Classe Trabalhadora (Uneafro). Para saber mais: <<https://agentespopularesdesaude.org.br/>>.

⁸ Destaque para a Lei 13.595, de 5 de janeiro de 2018, que atualizou as atribuições, jornada e condições de trabalho, formação profissional e a indenização de transporte aos ACS e ACE.

demandas de saúde, cadastrar usuários no SUS, organizar grupos de saúde para promover o cuidado e a troca de experiência de uma condição de saúde, circular informações em saúde, orientar cuidados em saúde já prescritos etc.

Outras categorias similares de agentes de saúde no Brasil são Agentes de Combate a Endemias (ACE)⁹ e Agentes Indígenas de Saúde (AIS)¹⁰ – para saber mais sobre essas duas categorias, consulte o perfil demográfico de cada uma em anexo a este informativo. Apesar de histórico e atribuições diferentes, ACS e ACE sempre atuaram de forma articulada nos territórios, no que se refere aos diagnósticos demográficos e às atividades de promoção e prevenção, dentre outras. Em período de situações de surtos e epidemias é legalmente previsto que essas duas categorias atuem em conjunto nos territórios¹¹.

De acordo com o Painel de Indicadores da Atenção Primária à Saúde do MS, em junho de 2020, havia 257.795 ACS no Brasil. A estimativa da população nacional coberta pela categoria era de 61,1%, referente a 128.392.264 pessoas. Com base nos dados do CNES, identificamos 284.862 ACS no Brasil, em janeiro de 2020, sendo que há treze anos, em janeiro de 2008, esse quantitativo era de 246.39. De acordo com dados da RAIS, em 2017, identificamos que o quantitativo de agentes no país era o seguinte: 221.916 ACS, 5.749 ACE e 2.693 AIS. Por isso, podemos dizer que antes de a OMS declarar, em 11 de março, a pandemia do novo coronavírus o Brasil possuía um quadro de agentes para prevenção de doenças.

Com base nos dados do CNES, analisamos a distribuição espacial e temporal da categoria no Brasil, entre 2008 e 2020. Identificamos aumento na contratação da categoria com diversidade regional, mas

9 Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, que atualizou as atribuições dos ACS e ACE, tornando obrigatória a presença dos mesmos nas equipes de ESF.

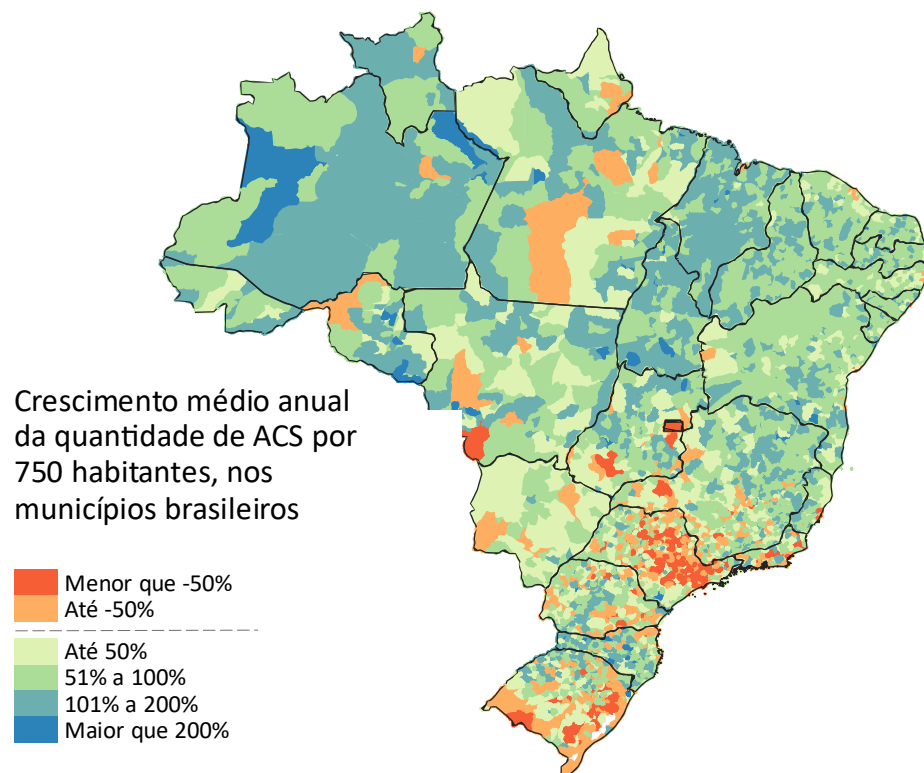
10 Portaria 254, de 31 de janeiro de 2002, do MS, que aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI).

11 Portaria 2.121, de 18 de dezembro de 2015, do MS.

pouca mudança ao longo desses 13 anos. Conforme o Mapa 2, dos 5.572 municípios analisados, 696 tiveram decréscimo no quadro de ACS, principalmente no Sul e no Sudeste. A maioria dos municípios apresentou crescimento na taxa de ACS por 750 habitantes, entre 50% e 100% (2.532 municípios) e de 100% a 200% (1.339 municípios), especialmente no Nordeste e no Norte. Poucos municípios (62), com foco no Norte, apresentaram taxa de crescimento maior que 200%. Ou seja, 4.876 municípios apresentaram algum crescimento na contratação de ACS.

Mapa 2 →

Mudança na proporção de ACS, nos municípios, entre 2008 e 2020



Fonte: Elaboração dos autores com base em dados do Ministério da Saúde (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES), extraídos em novembro/2020, usando dados vetoriais do IBGE.

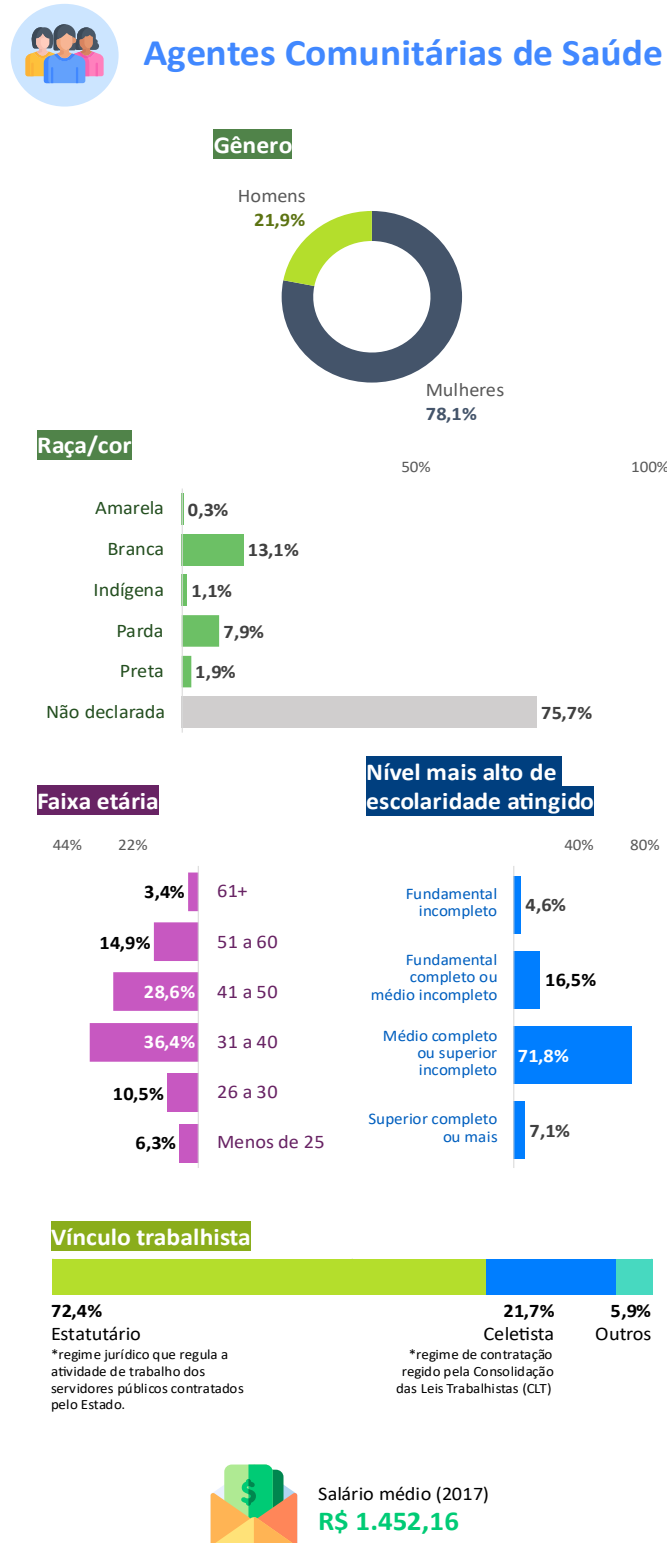
Perfil demográfico e ocupacional

Conforme pesquisas sobre a categoria indicam, elas são mulheres, negras, com ensino médio completo, em idade adulta, ganham em média dois salários mínimos e são estatutárias. Apesar da lacuna de informação do governo federal sobre a categoria nacionalmente, pesquisas em diversas regiões evidenciam essas características demográficas (Morosini

e Fonseca, 2018; Simas e Pinto, 2017). Ao analisarmos os dados da RAIS de 2017, nós também identificamos esse padrão, conforme a Figura 1.

Figura 1 →

Perfil de Agente Comunitário de Saúde



Fonte: elaboração dos autores a partir da RAIS de 2017.

No tocante à raça/cor, os dados da RAIS não possibilitam o conhecimento adequado da informação racial das ACS. Apesar de esse banco possuir o dado racial de trabalhadores, há baixa notificação do dado entre estatutários, procedimento realizado pela área de recursos humanos das organizações burocráticas. Essa baixa notificação racial de estatutários é impactante no caso de ACS e ACE, pois, em 2017, 72,4% de ACS e 65% de ACE foram registrados(as) como estatutário(as). Por isso, na RAIS/2017, entre as categorias de ACS e ACE, encontramos alto registro do dado racial não declarado, de 75,7% (ACS) e 68,6% (ACE).

Em relação aos dados sobre raça válidos da RAIS, isto é, os não “ignorados” e “não identificados”, entre ACS, os percentuais foram de 13,1% de pessoas brancas, 7,9% de pardas e 1,9% de pretas. Tal resultado difere dos de outras pesquisas, que evidenciam maior autodeclaração de ACS como pessoas pardas. Estudos sobre a caracterização dessa profissão indicam que essas trabalhadoras se autodeclaram em maior frequência como pardas, brancas e pretas, nessa ordem (Simas e Pinto, 2017). Por meio de inquéritos sobre as condições vivenciadas pelas ACS durante a pandemia, também ocorreu maior autodeclaração delas como pardas, chegando a 52,6% (Nogueira et al., 2020) e 58% (Lotta et al., 2020). Isso demonstra o grande problema que é essa subnotificação dos dados raciais na RAIS (Paixão et al., 2012; Silveira, 2019) e exemplifica como a metodologia de identificação racial pode variar a caracterização de uma profissão. Na RAIS, como o preenchimento dessa informação é realizado pelo empregador, é esperado que os resultados difiram de inquéritos baseados em autoidentificação.

No grupo dos(as) ACE, das categorias raciais informadas, a ordem de registro diferiu dos(as) ACS, sendo que 14,3% dos(das) profissionais foram registrados(as) como pardos(as), 12,4% como brancos(as) e 4,5% como pretos(as). Contrariamente, a baixa notificação do dado racial não ocorreu

entre AIS, quase todos(as) contratados(as) por CLT (99,5%) e com alta notificação racial como indígenas (74,8%), em 2017.

Em relação ao gênero, segundo a RAIS, em 2017, 78,1% das ACS eram mulheres. A feminização da profissão de ACS é saliente se comparada à das outras categorias de agentes. Em relação aos AIS, no mesmo ano, apenas 34,9% eram mulheres. Entre os ACE, eram 44,7% de mulheres. Se o gênero as distingue das outras categorias de agentes, a idade e a escolaridade as aproximam. Conforme as faixas de idade da RAIS, em 2017, todas as três categorias estavam mais alocadas entre 31 e 40 anos, sendo 36,4% dos(as) ACS, 39,4% dos(as) ACE e 38,6% dos(as) AIS nessa faixa etária.

Em relação à educação, conforme legislação apresentada acima, o nível educacional requerido para a contratação de ACS é ensino fundamental completo, desde 2006. Não obstante, o nível educacional dos(as) profissionais sido é superior ao estabelecido em lei. Conforme dados da RAIS de 2017, 71,8% de ACS e 74,2% de ACE possuíam ensino médio completo. No caso de AIS, estes se dividiram, principalmente, em dois níveis educacionais: 35,7% tinham ensino médio completo e 38,4%, ensino fundamental completo.

A formação profissional específica das categorias por meio de cursos permanentes pelo MS é uma demanda política das associações de ACS e ACE desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986¹². Em 2004, o MS lançou o 1º Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde para formar ACS em escolas técnicas, concedendo o certificado de Técnico Agente Comunitário de Saúde. Mas, conforme elas relataram em pesquisa (Milanezi, 2019), ACS aprendem a profissão muito mais pela experiência que pelos cursos. Muitos desses cursos são chamados de “Introdutórios”, geralmente de um mês, sob a

12 A VIII Conferência Nacional de Saúde é a que propõe o Sistema Único de Saúde (SUS) como público, universal e descentralizado.

responsabilidade das prefeituras. “Teve o introdutório que todos são obrigados a fazer, mas a realidade do trabalho a gente aprende sozinha” (ACS).

No âmbito educacional, as ACS tentam acessar o ensino superior (Milanezi, 2019), sendo que apenas 7,1% possuíam graduação, em 2017, conforme dados da RAIS. Elas relatam tentar começar ou finalizar uma graduação há uma década. Por isso, transitar para um curso técnico de Enfermagem acaba sendo uma guinada mais fácil, especialmente para os oferecidos nos territórios. As que conseguem ascender à educação terciária tendem a buscar Assistência Social, Enfermagem ou Psicologia (Morosini e Fonseca, 2018). Mas, mesmo as poucas que conseguem cursar a faculdade relatam ter “toda a energia” gasta no cotidiano de trabalho.

A renda é próxima entre ACS e ACE, com exceção dos AIS. Conforme a legislação mais recente sobre o assunto¹³, o salário está fixado em R\$ 1.550,00. De acordo com a RAIS/2017, a média do último salário recebido de ACS foi de R\$ 1.452,16 e o de ACE, de R\$ 1.512,82, correspondendo a dois salários mínimos. Os AIS tiveram rendimento menor, de R\$ 937,00, referente a um salário mínimo. Com baixos salários, é comum encontrar ACS com jornada dupla de trabalho para aumentarem a renda, aliada à jornada doméstica. “Eu pretendo também trabalhar como técnica e estou procurando já para melhorar o meu salário. Eu quero atuar como técnica em *home care* ou em trabalho noturno”, explicou essa ACS, assim que adquiriu um certificado de técnica de enfermagem, conforme Milanezi (2019).

Apesar do piso salarial, a instabilidade do emprego é uma preocupação entre as ACS contratadas por Organizações Sociais (OS). Segundo Morosini e Fonseca (2018), a condição de celetista é maior no Sudeste, onde a ESF se expandiu pela terceirização via contratação de OS.

13 Lei 13.708, de 14/08/2018.

Mas, conforme identificamos na RAIS/2017 e outras pesquisas também evidenciam, a maioria dos(as) agentes, com exceção dos AIS, são estatutários(as) (Simas e Pinto, 2017). Como sintetizado na Figura 1, 72,4% de ACS foram registrados(as) como estatutários(as), contra 21,7% registrados como celetistas (CLT), em 2017. Condição similar à dos ACE, que eram 65% estatutários e 29,7% CLT, naquele ano. Já os AIS, no mesmo ano, foram quase todos registrados como celetistas, chegando a 99,5% a proporção deles com esse tipo de vínculo.

Ao perfil evidenciado a partir da RAIS de 2017, somam-se relatos desfavoráveis de condições de saúde, conforme pesquisa anterior (Milanezi, 2019). Conforme elas narram, hipertensão, obesidade, bronquite, tuberculose, zika, chikungunya, ansiedade, estresse e depressão estão entre as doenças citadas pelas profissionais, ao longo da vida. Dessa forma, a categoria apresenta previamente doenças de risco para a Covid-19. Conforme identificado nessa pesquisa, as experiências delas como usuárias das unidades é de baixa qualidade e até de exclusão dos serviços. Elas tendem a ser pouco inseridas nos fluxos de saúde dentro da ESF para ceder agenda aos usuários. "Reza a lenda que ACS não adoecem e se demonstra algum sinal é fingimento", relatou uma ACS.

O adoecimento mental é outra característica da profissão. As relações hostis com os usuários são um dos ingredientes: "o mais cansativo são essas agressões que a gente sofre aqui, me dá um tapa, mas não fica me ofendendo com palavras" (ACS). Em paralelo à hostilidade dos usuários, há o excesso de trabalho em função das metas, a precarização das condições de trabalho e a culpabilização pela morte de usuários. São todas questões que colaboram para o adoecimento mental delas.

3. Mediar o acesso: o trabalho das ACS, antes da pandemia

É comum as ACS serem definidas como “elo”, “ponte”, “conexão” para designar a função de mediação entre cadastrados(as) e a ESF

Rosa (negra), mãe da adolescente Cravina (negra), foi à UBS solicitar assistência à sua filha e procurou pela ACS Tereza (negra), a agente da microárea onde elas moravam. Rosa pediu a Tereza uma VD de Sueli, a assistente social do NASF. Cravina estava com os antebraços mutilados por gilete, não saía de casa e não falava. Sua avó havia falecido há um mês. Desde então, ela se comportava daquela forma, e Rosa já não sabia mais o que fazer. Quando Tereza e Sueli chegaram à casa de Cravina, a assistente social usou toda a sua experiência para tentar uma abertura com a adolescente. Mas, ela continuava em silêncio. Diante da apatia, a ACS falou: “Eu sei como é, Cravina. Eu também tive uma avó. Ela cuidou de mim, a vida toda. Quando ela morreu, eu perdi minha mãe. Você sente isso, também?”. Cravina levantou os olhos, balançou a cabeça e disse sim. Tereza se expôs, compartilhou sua história de criação pela avó, a falta que ela sentia daquela mulher, e se emocionou ao lembrar sua perda. Ela seguiu firme até convencer Cravina a ir à UBS, e, pela primeira vez, esta deu um leve sorriso. Assim, a ACS Tereza conduziu o acolhimento a Cravina, pois suas experiências similares de vida naquele território as conectavam de uma forma impossível de ser feita por outra profissional. Um mês depois da visita, Tereza e Sueli entraram no território para cuidar das pessoas. Ao serem perguntadas “E Cravina, como está?”, responderam: “Está cheia de vida”. [Excerto de diário de campo (Milanezi, 2019)]

É comum as ACS serem definidas por elas mesmas e por outras categorias profissionais da ESF como “elo”, “ponte”, “link”, “conexão”, “ligação”, “mensageira”, “porta de entrada”. São termos para designar a função de mediação entre cadastrados(as) e os serviços da ESF, como exemplifica a interação acima, com Cravina. Como relata essa ACS:

É uma ponte que liga a comunidade à saúde. A gente traz pessoas. Se não fosse o nosso trabalho, elas nem saberiam que a saúde existe. São pessoas que ficam lá, no cantinho, arredio, dentro de casa, doente, sem documento, sem família, sem ninguém. A gente chega nessas pessoas e leva um pouquinho de esperança e saúde. A gente leva alegria porque tem pessoas que hoje ficam só. Idosos, principalmente, estão muito sozinhos. (ACS, mulher negra, Rio de Janeiro, Sudeste)

Podemos dividir as atividades das ACS em dois grupos, as tarefas externas nos territórios e tarefas internas nas unidades. No primeiro grupo, encontram-se: acolher usuário, buscá-lo ativamente, cadastrá-lo na unidade, orientar sobre os cuidados, educar em saúde. No segundo grupo de tarefas, encontram-se as que cresceram, após a ampliação da ESF: bater metas (ex.: quantidade de VD) e preencher sistemas de informações. Por isso, muitas ACS narram saudosamente o período do PACS, que “era menos burocrático”, que havia “mais tempo para estar com a população” e “ser mais atuante no território”. Essas falas revelam que o tempo requerido para o preenchimento dos sistemas e a lógica das metas reconfiguram a circulação no território: “trabalho nunca foi tão intenso, tanto relatório, dados, variáveis, bater meta” (ACS).

Mesmo antes da pandemia, para tentar driblar o consumo do tempo com as tarefas internas das unidades, as ACS já se utilizavam das tecnologias de informação para alcançar os usuários, como o WhatsApp. Contudo, essa era uma estratégia narrada por elas como insuficiente para os propósitos da ESF. Primeiro, por elas monitorarem uma população sem acesso adequado às tecnologias de informação, como analisado no Informativo 3¹⁴. Segundo, para a manutenção cotidiana dos vínculos com os usuários, “a ida ao território é indispensável” (ACS). A circulação no território é a prática mais central das ACS, a que elas mais valorizam e se ressentem por não fazerem como na época do PACS.

14 Informativo 3 – As desigualdades educacionais e a Covid-19. Disponível em: <<https://cebrap.org.br/pesquisas/desigualdades- raciais-e-covid-19/>>.

As atividades externas já se iniciam quando as ACS abrem a porta de casa e seguem ininterruptamente: “não somos agentes das 8h da manhã às 5h da tarde, somos a vida inteira” (ACS). Conforme legislação acima, para ser contratada como ACS numa unidade é obrigatório morar no território e o cargo é para 40 horas semanais de trabalho. Isso significa que ACS passam 8 horas diárias dentro de unidades ou em andanças pelos territórios, mediando a relação entre Estado e usuários. Mas, a definição legal de horas semanais é uma realidade apenas no papel, pois a permanência delas nos territórios como moradoras possibilita a mediação o tempo todo, na igreja, no lazer, na escola dos filhos, em qualquer situação de interação entre elas e moradores.

Há inúmeros impactos positivos da obrigatoriedade da moradia nos territórios, como as mediações exemplificadas ao longo deste informativo. Por outro lado, isso promove uma fixação dessas mulheres em espaços geográficos vulneráveis. E pode impedir que elas vivenciem outros territórios com melhores oportunidades de vida, conforme relata outra ACS: “a adrenalina do trabalho, a cobrança, estresse de você não ter uma resposta. A comunidade também influencia muito, o lugar onde a gente mora, a vulnerabilidade”. Por isso, seus locais de nascimento e socialização determinam experiências de vida de classe baixa, inclusive piores condições de saúde (Nogueira, 2019).

São as atribuições oficiais da profissão que levam as ACS a terem muitas identidades nos seus territórios. Elas são moradoras dos territórios, profissionais do Estado e usuárias das próprias unidades. Essa característica híbrida de perfis possibilita diversas mediações entre elas e os moradores para acessarem os serviços, o que se narra nativamente como “ponte”. Dessa forma, elas operam nas interfaces entre as dinâmicas comunitárias e os propósitos da política (Stotz et al., 2009). Essa conexão ocorre, principalmente, pela tradução que elas desenvolvem (Lotta, 2015), e traduzir significa um duplo comportamento, o de elas

traduzirem seus territórios vulneráveis para os profissionais da ESF e o de traduzirem as regras da ESF para os usuários.

Os desafios nesse cotidiano de mediação são muitos, tais como assédio, precarização, sobrecarga, riscos e aceitação pela população.

Essa característica híbrida é, também, importante fronteira simbólica entre elas e os moradores dos seus territórios. O vínculo contratual com o Estado (terceirizada ou estatutária) leva prestígio, cobrança e desconfiança às ACS. Prestígio, pois elas passam a ser vistas como alguém responsável pela saúde da sua área e pela entrada no SUS: "o que a gente fala [ao usuário] é lei" (ACS). Cobrança, pois elas são acionadas a qualquer hora do dia, em qualquer dia da semana, para qualquer questão de saúde, seja clínica ou burocrática. Por isso, o relato comum de serem agentes sete dias por semana. O prestígio em ser a porta de entrada pode virar depreciação e hostilidade se o serviço não fluir: "e quando demora, coisa de uma semana, nós somos incompetentes" (ACS). Em seus territórios, as ACS são, costumeiramente, culpadas pelas ausências, de médico, de agenda, de remédio, de visita domiciliar.

Os desafios nesse cotidiano de mediação são muitos, tais como assédio, precarização, sobrecarga, riscos e aceitação pela população. Essa vida ordinária das ACS e a própria legitimidade delas como profissionais de saúde têm sofrido transformações desde o início da pandemia, como veremos a partir do monitoramento dessa categoria durante a pandemia.

4. As ACSs na pandemia: um retrato de junho de 2020

Perfil sociodemográfico de ACS respondentes

A pesquisa coordenada pelo NEB/FGV coletou 870 respostas válidas de ACS de todo o Brasil e compôs um retrato, embora não representativo em termos estatísticos, da realidade vivida por estes(as) profissionais em junho de 2020, contexto de agravamento da pandemia em território nacional.

Conforme a Figura 2, o perfil dos(as) respondentes é majoritariamente feminino, com 75,5% dos(as) respondentes mulheres, cenário que vai ao encontro de outras pesquisas sobre a demografia dos(as) ACS (Barbosa et al., 2012; Lino et al., 2012; Simas e Pinto, 2017) e dos dados extraídos da RAIS/2017 e analisados neste informativo. Dos(as) 870 respondentes, 58,3% se autodeclararam pardos(as) e 12,6%, pretos(as). Considerando a dimensão da interseccionalidade entre gênero e raça, foco deste informativo, o questionário contou com respostas de 70,9% de mulheres negras. Em termos geográficos, observa-se a seguinte distribuição: 67,4% no Nordeste, 15,2% no Sudeste, 6,2% no Norte, 5,7% na região Centro-Oeste e 5,5% na região Sul. Ainda, Bahia e Rio Grande do Norte concentram, respectivamente, 21% e 20% do total de respostas.

Figura 2 →

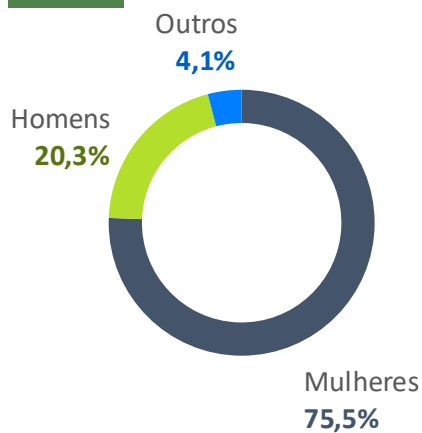
Perfil de ACS respondentes da pesquisa do NEB/FGV sobre os profissionais de saúde pública no Brasil durante a pandemia da Covid-19



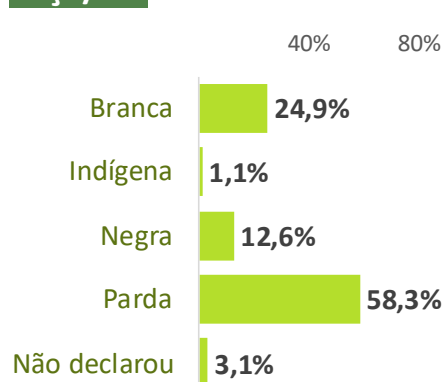
As agentes que responderam à pesquisa eram majoritariamente mulheres, negras, com **mais de 30 anos** e moradoras da região **Nordeste**.

*Questionário autoaplicado e com amostragem não aleatória

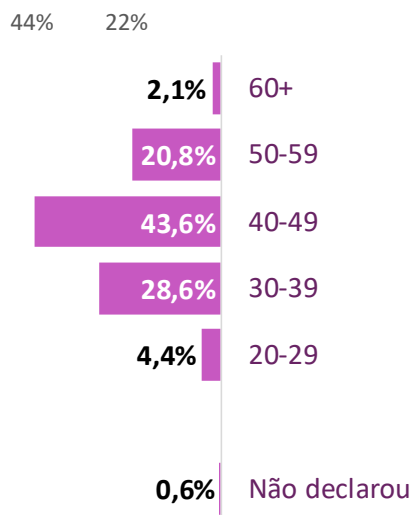
Gênero



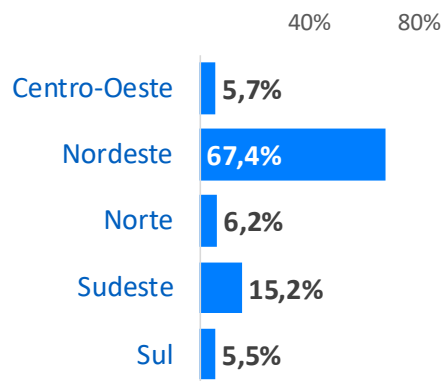
Raça/cor



Faixa etária



Região

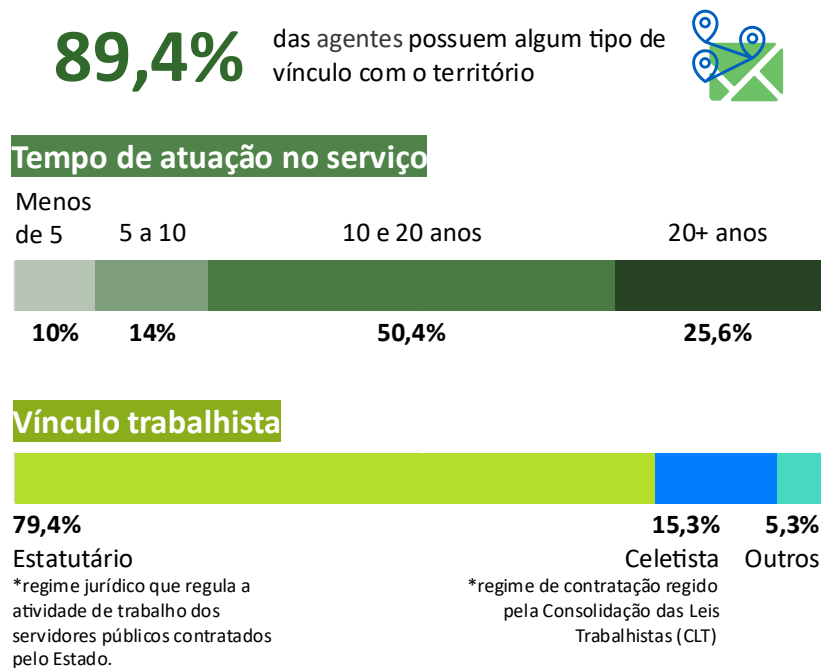


Fonte: Dados obtidos via questionário aplicado pelo NEB/FGV (junho de 2020). Elaboração dos autores (2020).

A maioria (79,4%) afirmou possuir vínculo de trabalho estatutário/concursado. É possível observar um grau de experiência de ACS no que tange ao tempo de atuação no serviço de saúde, na medida em que as respostas estão concentradas entre aqueles(as) que declararam trabalhar há mais de 10 anos como ACS (76%). A Figura 3, abaixo, sintetiza esses resultados.

Figura 3 →

Tempo de serviço e vínculo trabalhista de ACS respondentes da pesquisa do NEB/FGV



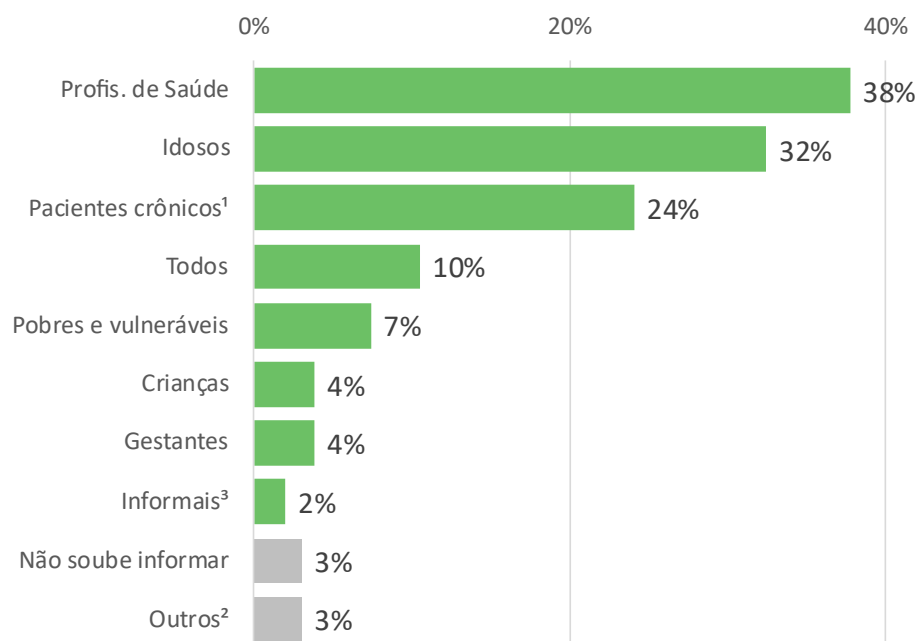
Fonte: Dados obtidos via questionário aplicado pelo NEB/FGV (junho de 2020). Elaboração dos autores (2020).

Enquanto intermediadores que conectam as parcelas mais vulneráveis da população ao SUS, os(as) ACS, usualmente residentes dos territórios em que atuam, são muitas vezes o único contato que as famílias têm com o Estado. A pesquisa do NEB/FGV indagou sobre quem os(as) ACS participantes acreditam ser os(as) mais vulneráveis na pandemia. O Gráfico 1, a seguir, informa que a maioria (339 de 870 respondentes) acredita que os(as) profissionais de saúde, inclusive com menção a si próprios(as), são os mais vulneráveis nesse momento, seguidos dos

idosos, pacientes crônicos, pessoas em situação de pobreza e vulnerabilidade etc.

Gráfico 1 →

Percepção de ACS sobre quem são os(as) mais vulneráveis perante a crise



Fonte: Dados obtidos via questionário aplicado pelo NEB/FGV (junho de 2020). Elaboração dos autores (2020).

¹ Pessoas com doenças crônicas e/ou comorbidades.

² Somatória das respostas com menores resultados: mulheres, jovens e adultos (homens), dependentes químicos, população de rua, pessoas com transtornos mentais, pessoas negras, pacientes em estado grave, pessoas com deficiência, indígenas, policiais penais e presos, negacionistas.

³ Trabalhadores (informais, autônomos e atuantes em serviços essenciais, exceto profissionais de saúde).

Condições materiais e institucionais

O cenário de pandemia da Covid-19 lançou novos desafios para os(as) profissionais de saúde que atuam na linha de frente do SUS, em especial aqueles(as) que se encontram na APS. No dia 20 de março de 2020, o MS publicou uma nota sobre qual papel deveria ser desempenhado pelos(as) ACS no combate à Covid-19. Esse documento versava sobre as competências dos(as) ACS durante a pandemia, com destaque para a orientação da população sobre a gravidade da situação, monitoramento dos casos, auxílio na triagem rápida na porta da UBS, organizar fluxo de acolhimento para evitar aglomerações etc. Ao mesmo tempo, o documento apontava que os(as) ACS deveriam ficar

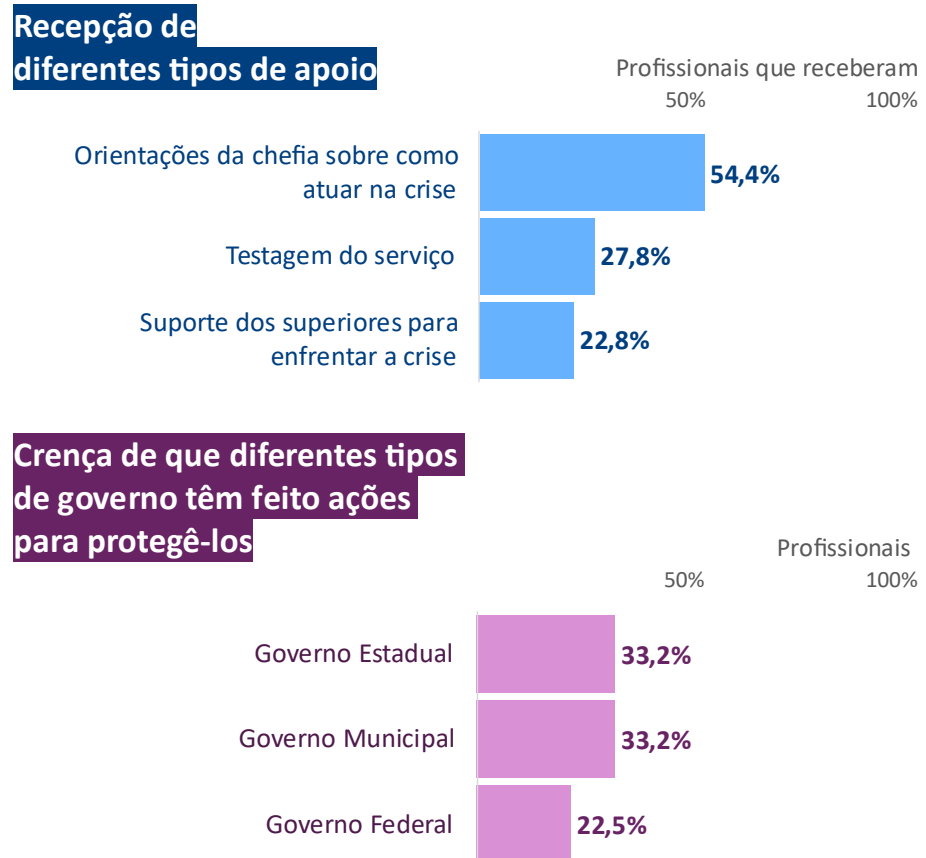
resguardados(as) e evitar os serviços tradicionais, como as VD, sob risco de exposição.

O engajamento comunitário é uma estratégia eficaz no combate a endemias, a partir da localização de casos graves, do cadastramento e monitoramento de famílias e possíveis pessoas em risco etc. (Lotta et al., 2020; Haines et al., 2020). Conforme publicado pelo MS, e recomendado pela OMS, o uso de equipamentos de proteção adequados e o acesso a materiais de testagem são cruciais para garantir a segurança e o bem-estar dos(as) profissionais de saúde da linha de frente. Como aparece na Figura 4, a pesquisa perguntou aos(as) participantes se receberam EPIs adequados e encontrou que apenas 30,3% dos(as) ACSs declararam que sim. O percentual de respostas positivas para recebimento de materiais de testagem foi de 27,8%. A pesquisa indagou também se os(as) profissionais haviam recebido treinamento à época, e apenas 12,1% afirmaram que sim. Estudos sugerem, ainda, que, entre os ACS, receber treinamento está associado a diminuição do medo e aumento da sensação de preparação (Fernandez; Lotta, 2020). Isso denota a importância de conhecer sobre o acesso dos ACS a recursos materiais.

No nível das relações institucionais, a pesquisa buscou apreender as percepções dos(as) ACS sobre apoio dos(as) supervisores, orientações da chefia e sobre ação dos três níveis de governo (municipal, estadual e federal). Pesquisas apontam para uma associação entre a percepção de apoio governamental e o sentimento de preparo do ACS durante a pandemia (Fernandez; Lotta, 2020). A Figura 4, abaixo, sintetiza os resultados dessas questões, e chama atenção que apenas 22,8% dos(as) respondentes acreditam ter recebido apoio dos(as) supervisores e somente 22,5% sentem que o governo federal fez ações para protegê-los(as). Os governos municipais e estaduais são mais bem avaliados, mas a taxa de 33,2% de percepções positivas demonstra que há um certo descrédito dos(as) respondentes quanto às ações institucionais.

Figura 4 →

Percepção de ACS sobre condições materiais e institucionais de trabalho durante a pandemia



Fonte: Dados obtidos via questionário aplicado pelo NEB/FGV (junho de 2020). Elaboração dos autores (2020).

Esses resultados apontam para um cenário crítico de falta de condições materiais e institucionais para combater a pandemia. A pesquisa contou também com a investigação sobre práticas de assédio moral durante a pandemia, e 28% responderam positivamente quanto a isso. Os relatos versam sobre sensação de despreparo, falta de EPI e capacitação – reiterados pelos(as) supervisores –, casos de cobrança excessiva por parte da chefia, humilhações, agressões e ameaças. A análise sistemática destes relatos nos permitiu perceber sensações de desânimo e desvalorização por parte desses(as) profissionais. A maioria dos testemunhos diz respeito a práticas protagonizadas por supervisores, mas

destacam-se também casos de assédio moral por famílias/pacientes, políticos e colegas de equipe. Ainda, diagnosticamos que o conteúdo dessas histórias está diretamente relacionado à pandemia, mas também permeia disputas hierárquicas e desigualdades prévias no serviço. A título de exemplo, selecionamos relatos que ilustram esse cenário:

Para mim é muito constrangedor e humilhante eu mendigar por uma máscara na unidade em que trabalho há 18 anos enquanto que muitos outros funcionários levam esses equipamentos para seus familiares que nem trabalham na área da saúde, falta de uma boa coordenação na unidade que trabalho. (ACS há 15-20 anos, mulher negra, Ceará, Nordeste)

Trabalho há 8 anos como agente de saúde. Entrei num mandato diferente, onde trabalhava motivada. Há 4 anos trabalho por obrigação e por necessidade, já me mudaram de lugar diversas vezes, a chefia é mandada, te tratam de acordo com seu partido político e não pela profissional que você é. Agradeço por estar trabalhando, mas estou psicologicamente afetada, e a pandemia contribuiu para que isso se tornasse quase impossível de aguentar. Nos colocaram na linha de frente, estávamos esgotadas fisicamente, só os agentes comunitários trabalharam nas barreiras, estávamos ficando 6 horas em pé, sem EPI adequado, sem quantidade de funcionários para nos ajudar. Graças a Deus passou, pois não aguentaria! (ACS há 5-10 anos, mulher negra, Minas Gerais, Sudeste)

Percepções sobre mudanças nos procedimentos de trabalho e interação com o(a) usuário(a)

A pandemia da Covid-19 lançou novos desafios de adaptação aos procedimentos de trabalho dos(as) profissionais da linha de frente. Em especial, os(as) ACS, que possuem uma prática voltada para construção de laços comunitários, proximidade com as famílias da microárea etc. As interações diretas com o(a) usuário(a) são parte constitutiva da forma como os(as) ACS atuam (Lotta, 2015). As VD, por exemplo, se materializam como o momento em que os(as) ACS acessam as famílias e monitoram a saúde de seus membros. A suspensão ou a adaptação das visitas (visitas “de portão” ou monitoramento via WhatsApp) impõem desafios novos para o trabalho desses(as) profissionais. A pesquisa do NEB/FGV capturou a percepção dos(as) respondentes sobre possíveis mudanças nos procedimentos de trabalho e interação com o usuário. O resultado da questão sobre essas mudanças é que, enquanto 94,4% declaram que seus

procedimentos rotineiros de trabalho se alteraram, 93,3% acreditam que a relação com o(a) usuário(a) mudou com a pandemia.

A maioria dos(as) respondentes (n = 431), 52,2%, afirmou que a principal alteração nas dinâmicas de trabalho diz respeito à forma de abordar e se relacionar/aproximar dos(as) usuários(as). A suspensão ou readequação das visitas também aparece como um fator de mudança percebido pelos(as) respondentes. Os relatos abaixo ilustram esse cenário.

Não posso entrar e sentar no sofá da casa de um idoso pra conversar, tenho que manter distância dos bebês que gosto de pegar no colo. Não posso dar meu bom dia com um abraço. (ACS há 10-15 anos, mulher negra, Rio Grande do Norte, Nordeste)

Costumava trabalhar entrando nas residências, sentar e escutar o tempo necessário! Fazia rodas de conversas, palestras (acompanhando o calendário de saúde do Ministério da Saúde)! Costumava trabalhar com qualidade e não com apenas quantidade! Hoje sinto-me como caça Covid-19, pois a UBS hoje está funcionando praticamente apenas para Covid-19, esquecem que as pessoas adoecem de outras enfermidades! Gosto de trabalhar com educação em saúde! (ACS há 10-15 anos, mulher negra, Pernambuco, Nordeste)

A principal mudança percebida nessas interações é exatamente a necessidade de distanciamento físico e redução do contato direto com as famílias atendidas. As alterações na forma de visitar aparecem também relacionadas a um medo de contaminação, e à debilidade na comunicação entre ACS e usuário(a). Os relatos a seguir sintetizam esses resultados.

Muitos serviços que poderia prestar para diminuir os riscos de agravos das doenças crônicas não posso realizar por estar suspenso. Também tenho percebido que, especialmente os idosos, estão sentindo falta de maior proximidade, desenvolvendo depressão e sequer podemos dar um abraço neles. Poderia relatar muito mais mudanças (...) (ACS há menos de 5 anos, mulher negra, Goiás, Centro-Oeste)

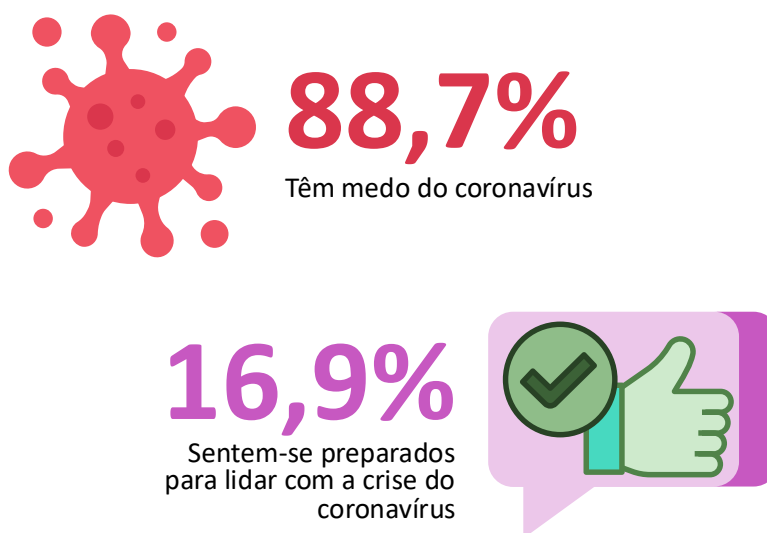
O distanciamento causa um impacto emocional bastante forte, para quem era acostumada em manter contato direto com as pessoas e a saudade de estar perto dos entes queridos ausentes, causa uma tristeza e muita insegurança também! (ACS há 20 anos, mulher negra, Rio Grande do Norte, Nordeste)

Sensações das ACS durante a pandemia e expectativas futuras

A pesquisa também buscou captar os sentimentos que os(as) respondentes têm vivenciado durante a pandemia. Assim, foi questionado se os(as) ACS sentem medo da Covid-19 e se se sentem preparados(as) para enfrentar a crise. A Figura 5, abaixo, apresenta esses resultados, e nela percebemos que 88,7% dos(as) ACS participantes da pesquisa declararam ter medo do vírus e 83% afirmaram se sentir desesperados(as) para lidar com a crise.

Figura 5 →

Sentimentos de ACS sobre medo e preparo durante a pandemia



Fonte: Dados obtidos via questionário aplicado pelo NEB/FGV (junho de 2020). Elaboração dos autores (2020).

Entre os motivos pelos quais eles(as) se sentem assim, chamam atenção a falta de equipamentos, de infraestrutura e apoio da gestão, e a possibilidade de exposição diária ao vírus. Selecionamos os relatos abaixo como ilustrativos da sensação de despreparo:

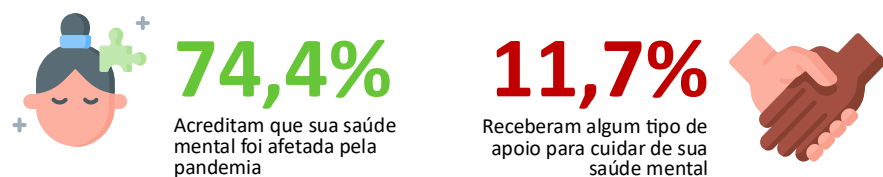
A falta de estrutura do local onde trabalho, inclusive a falta ou má qualidade dos equipamentos de proteção. (ACS há 10-15 anos, mulher negra, Bahia, Nordeste)

A instabilidade de informações. Ora informação é de tal forma, para a informação ser desfeita. O que era falado não se sabe se é verdadeiro. A prefeitura não tem nível de conhecimento também para treinar os profissionais para lidar com a população. (ACS há 5-10 anos, mulher negra, Ceará, Nordeste)

O agravamento de situações de estresse, burnout, ansiedade, solidão também apareceu enquanto testemunho dos(as) ACS participantes da pesquisa. Esses sentimentos já foram reportados por estudos anteriores à pandemia (Telles; Pimenta, 2009; Maia et al., 2011; Ursine et al., 2010), mas os relatos demonstram uma percepção de piora na saúde mental dos(as) profissionais. A Figura 6 apresenta os resultados dos questionamentos sobre se a pandemia afetou a saúde mental dos(as) respondentes e se eles(as) receberam apoio institucional para cuidar da mesma. Do total de 870 respondentes, 74,4% acreditam que a saúde mental foi afetada pela pandemia, porém apenas 11,7% declararam ter recebido algum tipo de apoio institucional. Alguns dos testemunhos a seguir sinalizam essas percepções.

Figura 6 →

Percepção sobre impacto da pandemia na saúde mental e apoio psicológico institucional



Fonte: Dados obtidos via questionário aplicado pelo NEB/FGV (junho de 2020). Elaboração dos autores (2020).

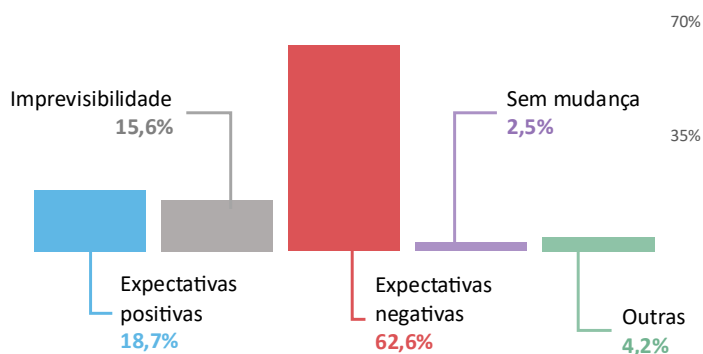
A minha unidade foi descaracterizada e se tornou centro de triagem. As visitas foram reduzidas. Há dois dias fui afastada pelo médico do trabalho por ser do grupo de risco. Mas foram dias de estresse e muito desgaste emocional. O medo de contrair o vírus ou levar a contaminação para residência. Não sei quando voltarei e como será. (ACS há 5-10 anos, mulher negra, São Paulo, Sudeste)

Desafiador, há a necessidade de levar educação em saúde às pessoas, as demandas que já existiam permanecem, acrescidas dos riscos e desdobramentos da pandemia. Entre o risco de ser contaminado e levar o vírus a outras pessoas e as necessidades dos pacientes, alguns com demandas mais específicas, como acamados, hipertensos, gestantes, existe a necessidade de reinventar-se enquanto profissional e utilizar todas as ferramentas possíveis. Com o aumento exponencial de casos em minha região, temo que tudo será bastante difícil, porém, quem trabalha na saúde precisa correr riscos e lutar no enfrentamento à Covid-19. (ACS há 5-10 anos, mulher negra, Rio Grande do Sul, Sul)

A pesquisa mapeou também as expectativas futuras sobre como os(as) ACS imaginavam o seu trabalho nos próximos meses – lembramos que a coleta foi realizada em junho de 2020. A grande maioria reportou expectativas pessimistas (62,6%), como exposto na Figura 7.

Figura 7 →

Expectativas futuras de ACS sobre o trabalho na pandemia



*É possível que uma mesma resposta esboce sentimentos positivos, negativos e imprevisíveis, a depender do depoimento fornecido. Por tal razão, as porcentagens extrapolam 100% e não devem ser entendidas como mutuamente excludentes.

Expectativas das ACS quanto ao trabalho dos próximos meses, com detalhamento das categorias principais

●	Respostas positivas	
	Expectativa positiva (geral)	12,9%
	Mais empatia e orientação	3,9%
	Reorganização	1,9%
●	Imprevisibilidade	
	Inimaginável	13,6%
	Incerto	2,0%
●	Respostas negativas	
	Expectativa negativa	42,1%
	Restrições, preocupação e cuidado	10,5%
	Alto risco de contaminação	6,9%
	Maior volume de trabalho	3,1%

Fonte: Dados obtidos via questionário aplicado pelo NEB/FGV (junho de 2020). Elaboração dos autores (2020).

Embora em menor quantidade, identificamos expectativas positivas dos(as) ACS em junho de 2020. O conteúdo destas chama atenção para a motivação dos(as) ACS em continuar “fazendo um bom trabalho” e “atendendo aqueles(as) que mais precisam”. Esse senso de

responsabilidade e de dever é um fator de reconhecimento enquanto profissional de saúde essencial ao sistema. Os testemunhos abaixo ilustram isso:

Penso que poderia ser melhor se os gestores se preocupassem com o trabalhador, pois não dá suporte preciso para o treinamento, EPIs adequados, mas penso que sairemos deste momento melhores profissionais, pois cada um está desenvolvendo mais empatia. (ACS há 15-20 anos, mulher negra (preta), Minas Gerais, Sudeste)

Muita luta para o enfrentamento desta pandemia pois somos de municípios pequenos sem grandes suportes nesta área. Temos que lutar para a população não adoecer. Mas com muita esperança que tudo isso passe logo. (ACS há 10-15 anos, mulher negra (parda), Bahia, Nordeste)

Por fim, a imprevisibilidade e as incertezas sobre o futuro, mesmo que próximo, aparecem como respostas a esse questionamento.

Não tenho ideia, nunca imaginei que algum dia passaria por isso, cada dia é uma superação. (ACS há 5-10 anos, mulher negra (parda), Rio Grande do Sul, Sul)

Não sei, pois nos colocaram na área sem nenhum treinamento e orientação. Colocaram de escanteio e não passaram nenhuma informação, nos sentimos desvalorizados. (ACS há mais de 20 anos, mulher negra (parda), Rio Grande do Norte, Nordeste)

De maneira geral, as ACS se sentem desvalorizadas e sem informações suficientes para vislumbrar o futuro próximo. A falta de rotina, treinamento, orientações e suporte da gestão aparecem nos relatos como indicativos dessa incerteza sobre como atuar.

5. Sobre os dados utilizados

Para este informativo, o Afro-Cebrap, o NEB/FGV e o LAPEST/UFMG analisaram as experiências e vivências das ACS a partir de dados de suas pesquisas. Os três núcleos colaboraram igualmente com sistematização e análise de dados a partir do acúmulo empírico e teórico sobre desigualdades raciais, implementação de políticas públicas e mercado de trabalho.

Os dados foram de fontes secundárias e primárias. Os dados secundários sobre equipes de ESF e ACS foram obtidos do CNES, coletados e tratados pelo Afro-Cebrap. Os dados secundários do mercado de trabalho sobre agentes de saúde foram da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) de 2017, obtidos e tratados pelo LAPEST/UFMG.

O CNES é um registro administrativo existente desde a década de 1990, preenchido mensalmente pelas secretarias municipais e estaduais de Saúde e administrado pelo DATASUS. Trata-se de um sistema que auxilia as gestões públicas na avaliação do SUS e é objeto de legislações que buscam aperfeiçoá-lo, como a Portaria nº 134, de 4/4/2001 e a Portaria nº 118 de 18/2/2014, ambas do MS.

Os dados do CNES foram utilizados nas análises dos itens 1 e 2 do informativo para identificar a distribuição municipal, entre 2008 e 2020, de equipes multiprofissionais da ESF (médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) e a distribuição da categoria de ACS, no mesmo período. O mês de referência para a comparação entre os anos foi janeiro. Para a análise das equipes de ESF, foi calculada inicialmente a quantidade de equipes para cada 3 mil habitantes, utilizando como denominador as estimativas populacionais do IBGE para cada ano analisado. Em seguida, calculou-se a média do crescimento anual dessa taxa entre os anos de 2008 e 2020. Para as ACS, o cálculo da taxa de

profissionais por população considerou a indicação de um agente para cada 750 habitantes, conforme o limite que vem sendo estabelecido pela PNAB. A média de ACS por município foi de 1,69 (IC 1,67-1,70; SD 0,66)¹⁵ e o crescimento anual médio por município foi de 68,9% (IC 67,4-75,5; SD 56,84; mínimo de -100% e máximo de 538%).

Uma limitação do uso dos dados do CNES é a possibilidade de ocorrerem divergências com outros sistemas de informação em saúde que utilizam os dados do CNES como fonte, como é o caso do Painel de Indicadores da Atenção Primária à Saúde do MS e do e-Gestor AB¹⁶, que utilizam uma metodologia própria em suas análises. Um exemplo dessa metodologia é a atribuição de pesos diferentes aos tipos de equipe da APS, como é o caso do Painel. Assim, ao comparar os dados do CNES e do Painel, observamos uma divergência entre os dados, mas ela é explicada pela metodologia adotada no cálculo de equipes, que difere do CNES.

A RAIS é um registro anual de informações sobre todos os empregados contratados por estabelecimentos (pessoas jurídicas). Tal registro contém todos os trabalhadores celetistas¹⁷, estatutários¹⁸ e outros trabalhadores com contratos avulsos, temporários, aprendizes, diretores, empregados com contratos por prazo determinado ou com contratos de lei estadual ou lei municipal. Os dados contidos na RAIS referem-se aos empregados, estabelecimentos, rotatividade e remuneração. A RAIS tem periodicidade anual e sua cobertura é todo o território nacional. Destacamos que a RAIS cobre somente o mercado formal de trabalho, ou seja, os contratos estabelecidos por pessoas jurídicas. Isto é, todos os empregados no setor informal (empregados sem

15 IC = intervalo de confiança; SD = desvio padrão.

16 O e-Gestor AB (Atenção Básica) é uma plataforma WEB para centralização dos acessos e perfis dos sistemas da Atenção Básica (AB), bem como um aglutinador de informações próprias para os gestores estaduais e municipais. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>>.

17 Trabalhadores dos setores público ou privado contratados seguindo a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT.

18 Empregados concursados dos setores públicos – federal, estadual ou municipal.

carteira assinada, autônomos e empregados com carteira assinada por pessoas físicas) não fazem parte dessa base de dados.

Os dados da RAIS/2017 foram utilizados nas análises do item 2 do informativo com o objetivo de identificar o perfil demográfico e profissional de ACS em comparação a outras categorias de agentes, como os ACE e os AIS (anexo). Para isso, foram levantadas informações sobre as ocupações, no nível individual, conforme CBO: ACS (CBO 515105), AIS (515125) e ACE (515140). Foram utilizados microdados identificados, conforme autorização do Ministério do Trabalho ao LAPEST/UFMG.

Essa fonte de dados tem como pontos positivos: i) a cobertura censitária do mercado formal brasileiro; ii) a possibilidade de acompanhamento dos indivíduos ao longo do tempo. Entretanto, como limitação, tem-se o fato de que o preenchimento é feito por setores administrativos das empresas, não havendo uma uniformidade no treinamento dos informantes, além das diversas subnotificações, como ocorre com a variável cor/raça, principalmente no caso dos empregados estatutários (Paixão et al., 2012; Silveira, 2019).

Os dados primários foram de diversas naturezas. Os dados referentes à experiência da categoria profissional de ACS durante a pandemia, analisados no item 4 do informativo, foram extraídos da pesquisa “A pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil: 2a rodada”, do NEB/FGV (Lotta et al., 2020). Da pesquisa mais ampla, consideramos apenas as respostas dos(as) 870 agentes de saúde. A pesquisa foi realizada entre 15 de junho e 1º de julho de 2020, a partir de um questionário on-line, que coletou respostas voluntárias de profissionais de todo o Brasil. A divulgação foi feita por meio de redes sociais como Facebook, Twitter, WhatsApp, além de associações da categoria, como a Conacs.

O questionário contou com 47 perguntas de naturezas distintas, que foram revisadas por pares/parceiros da academia, voluntários(as) da área de saúde, além de se basearem em revisões de literatura sobre a atuação da força de trabalho de saúde em momentos de emergência, em especial em contextos pandêmicos (Lai et al., 2020; Khalid et al., 2016; Felice et al., 2020). Para fins do informativo, foram analisadas questões de quatro blocos temáticos: (i) aspectos de perfil, para caracterizar a amostra; (ii) percepção dos(as) ACS sobre as condições materiais e institucionais às quais estavam expostos(as) em junho de 2020, em um momento de “pico” da pandemia no país; (iii) percepções sobre transformações nos procedimentos de trabalho e na interação com o(a) usuário(a); (iv) sensações dos(as) ACS sobre a pandemia, como medo, preparo e expectativas futuras.

A amostra coletada desse questionário não possui caráter probabilístico, por não ser aleatorizada. As respostas referem-se às percepções de 870 ACS, amostragem não randômica, utilizada comumente em situações em que há barreiras para a seleção aleatória dos(as) entrevistados(as), como é o caso da pandemia da Covid-19. O caráter não probabilístico da amostra pode ser visto como uma limitação dos resultados extraídos pela análise das respostas contabilizadas pelo questionário. Nessa linha, é possível hipotetizar que os(as) participantes são profissionais engajados(as), com acesso às redes sociais e outras redes sindicais e de organização da categoria. Os dados também representam uma “foto” de um momento específico da pandemia, das experiências acumuladas pelas ACS até julho de 2020, o que circunscreve os resultados a esse contexto. Ainda assim, a análise descritiva dos dados, ora pela estatística descritiva, ora pela codificação das questões de caráter aberto, conduz a um panorama inédito sobre a situação dos(as) ACS no Brasil durante a pandemia. Uma iniciativa similar foi realizada por Nogueira et al. (2020), que avaliou os efeitos da pandemia no trabalho dos(as) ACS em seis capitais brasileiras.

Outro dado primário tratado pelo Afro-Cebrap, presente nos itens 1, 2 e 3 do informativo, é de pesquisa anterior à pandemia sobre a saúde da população negra (Milanezi, 2019). Essa pesquisa de doutorado se constituiu em entrevistas e etnografia, respectivamente, com profissionais da ESF e em UBS, concentradas no município do Rio de Janeiro, entre 2015 e 2017. Com base no objetivo do informativo, esse material foi codificado no software Atlas.ti para analisar as seguintes questões: (i) interação entre ACS, usuário/as e outros profissionais da ESF, (ii) práticas profissionais de ACS, (iii) condições de saúde de ACS, (iv) sentidos fornecidos à profissão pelas agentes e outros profissionais de saúde, (v) relato sobre PACS e ESF. Uma limitação desses dados é que as cenas e narrativas analisadas não são representativas do universo de ACS do país, mas localizadas no município do RJ. Contudo, o processo de saturação da análise dos dados, em comparação com a literatura sobre ESF e ACS, indica relação com o encontrado em outros contextos locais.

Por fim, outra fonte primária coletada e processada pelo Afro-Cebrap, utilizada nos itens a seguir “Estimulando a intervenção e identificando práticas adotadas” e “O que saiu na mídia sobre ACS e ACE durante a pandemia?”, foi o monitoramento do debate público sobre a categoria em webinários, jornais e boletins, publicados entre abril e outubro de 2020. Esse material foi codificado no software Atlas.ti, conforme apresentamos agora.

Estimulando a intervenção e identificando ações

Embora algumas práticas listadas abaixo enfatizem o reconhecimento das necessidades e direitos de ACS e ACEs, ainda há muito a ser feito. Os resultados até aqui apresentados indicam que houve pouca ação efetiva contra o assédio moral e a exposição ao risco de contaminação da doença

– sobretudo sem a garantia de equipamentos de proteção individual – que tais profissionais têm enfrentado ao longo de sua jornada de trabalho.

Nível Municipal:

- Auxílio transporte, em município brasileiro, no formato de crédito especial de R\$2.500,00 para indenizar custos relacionados ao deslocamento.

Nível Estadual:

- Oferecimento, por meio do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado de São Paulo (Sindicomunitário – SP), de orientações e perguntas e respostas sobre Covid-19 aos trabalhadores da categoria.

Nível Federal:

- Debates referentes à necessidade de cumprimento da Lei Federal n. 13.595/18, que deveria assegurar a concessão de indenização de despesas de locomoção a ACS e ACEs, no exercício de suas atividades, mas que não é efetivada em todos os municípios. Também foi elaborado um [exemplo de requerimento](#) para que agentes e vereadores locais pressionem os responsáveis com base na lei.

Nível Internacional¹⁹:

- Equador: rastreamento de casos de Covid-19, inclusive em bairros pobres e periféricos, com estratégias envolvendo agentes comunitários de saúde, reconhecendo sua importância e valorizando-os.

¹⁹ Medidas adotadas por outros países da América Latina e/ou por organizações não governamentais, regionais e internacionais que atuam na região.

O que saiu na mídia sobre ACS e ACE durante a pandemia?

Ao longo de abril e em 4 de outubro de 2020, foram coletadas cerca de 136 notícias de jornais e portais eletrônicos (tais como UOL Notícias, G1, Gazeta do Povo etc.) sobre Covid-19, agentes comunitárias(os) de saúde e de combate a endemias. Além destas, webinários, artigos científicos, boletins, notas técnicas e podcasts compuseram um clipping (monitoramento) dedicado ao tema.

Após uma breve codificação dos arquivos coletados, foi possível constatar que temas enfatizando, em ordem decrescente de ocorrência: o [reconhecimento](#) da importância de seu trabalho e de sua [vulnerabilidade](#); menção às dificuldades que [outros profissionais de saúde](#) enfrentam; o [monitoramento](#) de agentes contra Covid-19 na população com testagem, acompanhamento e visitas; a [contaminação](#) dos [profissionais](#), sobretudo [negros](#); o [papel social e de trabalho](#) ao longo da atuação em comunidades vulneráveis; as [visitas](#) aos moradores e mudança na recepção destes; os [óbitos](#) dos profissionais por Covid-19, incluindo [agentes](#); questões sobre auxílios e [adicionais de insalubridade](#); a insuficiência de [testagem](#) dos profissionais; a [falta de EPIs](#); notícias com recortes raciais envolvendo [agentes](#) (além de [outros](#) profissionais) e [moradores](#); pontos sobre [saúde mental](#) dos profissionais; [demissões](#), [contratos temporários](#), [concursos e vínculos](#) trabalhistas; [manifestações](#), [protestos](#) e [reivindicações](#); [eleições](#); a atuação de [enfermeiras e técnicas de enfermagem negras](#); [pesquisas](#) sobre ACS e ACE; atendimento em [periferias](#); acesso de agentes a atendimento, tratamento, [medicamentos e vacinas](#); instauração de [comissões de verificação](#) sobre suas condições de trabalho; cursos de [capacitação](#) e aperfeiçoamento; atendimento a [indígenas](#); [tecnologia](#), informatização, atendimento telepresencial e via [WhatsApp](#); [orientações](#) e recomendações; monitoramento de [dengue](#) e

outros; atenção a pessoas [grávidas e puérperas, incluindo homens trans](#); e atendimento a [quilombolas](#), povos de [terreiros](#) e em [asilos](#).

Resumidamente, portanto, matérias envolvendo questões trabalhistas, de saúde dos profissionais, atendimento a vulneráveis anteriormente mencionados, artigos com recorte racial, sobre demais vulneráveis não listados, eleições, pesquisas sobre as ACS e ACE e quanto ao monitoramento de dengue e outras endemias foram, em forma decrescente, as mais recorrentes, a partir de codificação própria.

Ademais, logo abaixo, é possível observar uma nuvem de palavras geradas com os termos e temas mais frequentes nas notícias analisadas.



Seleção de conteúdos midiáticos recomendados

Boletins	ANPOCS	Boletim Cientistas Sociais no. 72: Ciências Sociais e Coronavírus Nayara Albrecht et al.	Abr.20
	Fiocruz	Agentes comunitários de saúde e a pandemia da Covid-19 nas favelas do Brasil. Nilson do Rosário Costa et al.	Ago.20
	Fiocruz	Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19. Mariana Lima Nogueira et al.	Jul.20
Jornais	G1	Após adaptação, agentes comunitários ganham importância ainda maior na pandemia. JN.	Mai.20
	Agência Câmara	Agentes comunitários de saúde reclamam da falta de equipamentos de proteção. Sílvia Mugnatto (Repórter).	Jun.20
	UOL	Jornal francês destaca ação de agentes de saúde nas periferias de São Paulo e critica Bolsonaro. RFI.	Jul.20
Webinários	IPOL UnB	A atuação de agentes comunitários de saúde no enfrentamento à Covid-19. Gabriela Lotta et al.	Jun.20
	UnIBH IESS	Protagonismo da Atenção Primária à Saúde. Thais Jorge et al.	Ago.20
	Nexo PP	Políticas Públicas, escalas e territórios. Gisele Brito et al.	Out.20

Lista de siglas

ACE – Agentes de Combate a Endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde
Afro-Cebrap – Núcleo de Pesquisa e Formação em Raça, Gênero e Justiça Racial do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
AIS – Agentes Indígenas de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CLT – Consolidação das Leis de Trabalho
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Conacs – Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
EPI – Equipamentos de Proteção Individual
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB – Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
LAPEST/UFMG – Laboratório de Pesquisa em Estratificação Social e Trabalho da Universidade Federal de Minas Gerais
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEB/FGV - Núcleo de Estudos da Burocracia da Fundação Getúlio Vargas
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OS – Organização Social
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNS – A Pesquisa Nacional de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
RAIS – Relação Anual de Informações Sociais
Sindicomunitário/SP – Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado de São Paulo
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
VD – Visita Domiciliar

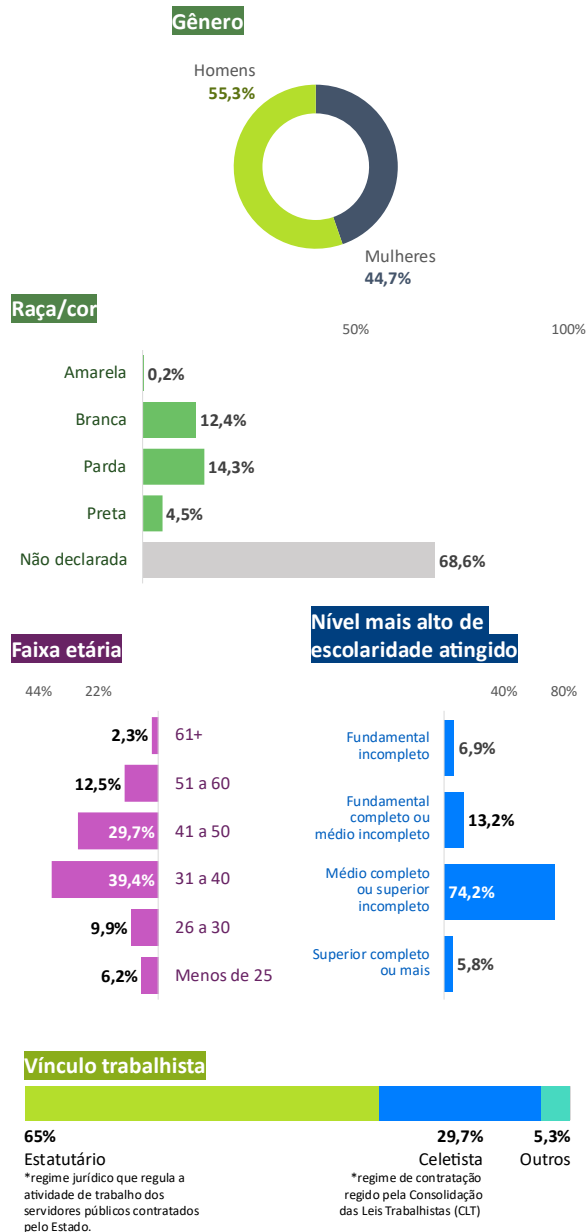
Anexo: Perfis dos ACE e AIS segundo a RAIS (2017)

Tabela 3 →

Perfil dos Agentes de Combate a Endemias



Agentes de Combate a Endemias



Salário médio (2017)
R\$ 1.512,82

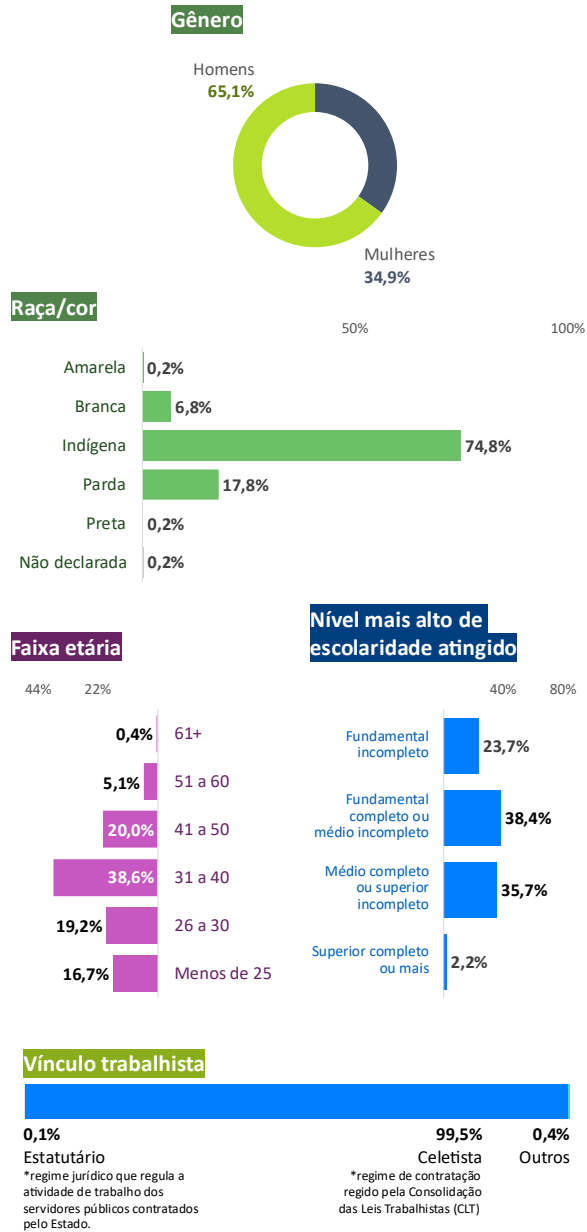
Fonte: elaboração dos autores a partir da RAIS de 2017.

Tabela 4 →

Perfil dos Agentes Indígenas de Saúde



Agentes Indígenas de Saúde



Salário médio (2017)
R\$ 937

Fonte: elaboração dos autores a partir da RAIS de 2017.

Como citar este informativo

MILANEZI, Jaciane et al. Mulheres negras na pandemia: o caso de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). *Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19*, AFRO-CEBRAP, n. 5, dez. 2020.



Para rever a colaboração dos pesquisadores do Afro ao debate público sobre desigualdades raciais e racismo, acesse o [nosso site](#).

Referências bibliográficas

BARBOSA, Regina Helena Simões et al. "Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde". *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, pp. 751-765, 2012.

CABRAL, Elizabeth Regina de Melo et al. "Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de Covid-19". *Interamerican Journal of Medicine and Health*, v. 3, pp. 1-6, 2020.

COSTA, Nilson do Rosário et al. Agentes comunitários de saúde e a pandemia da Covid-19 nas favelas do Brasil. *Observatório Covid-19 da Fiocruz*. 2020. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/documento/artigo-agentes-comunitarios-de-saude-e-pandemia-da-covid-19-nas-favelas-do-brasil>>.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIERREZ, Adriana Coser; SORANZ, Daniel. "Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, pp. 1327-1338, 2020.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G. "How Community Health Workers are facing Covid-19 Pandemic in Brazil: Personal Feelings, Access to Resources and Working Process". *Arch Fam Med Gen Pract*, v. 5, n. 1, pp. 115-122, 2020.

HAINES, Andy et al. "National UK programme of community health workers for Covid-19 response". *Lancet*, vol. 395, Issue 10231, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30735-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30735-2/fulltext)>.

LINO, Mônica Motta et al. "Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde". *Cogitare Enfermagem*, v. 17, n. 1, 2012.

LOTTA, Gabriela et al. "Community health workers reveal Covid-19 disaster in Brazil". *Lancet*, vol. 396, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31521-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31521-X.pdf)>.

_____. A pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil – 2ª fase. Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB), Fundação Getúlio Vargas (FGV). 2020. Disponível em: <rel05-saude-covid-19-fase2-v4.pdf (wordpress.com)>.

LOTTA, Gabriela Spanghero. *Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

MAIA, Leandro Dias de Godoy; SILVA, Nicácio Dieger; MENDES, Patrícia Helena Costa. "Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática". *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 36, n. 123, pp. 93-102, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho et al. "A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, pp. 327-338, 2016.

MILANEZI, Jaciane. *Silêncios e confrontos: a saúde da população negra em burocracias do Sistema Único de Saúde (SUS)*. 2019. 276 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – UFRJ, IFCS, PPGSA, Rio de Janeiro, 2019.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira. "Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios". *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, 2018.

NEVES, Rosália Garcia et al. "Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016". *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, n. 3, 2018.

NOGUEIRA, Mariana Lima et al. 1º Boletim da pesquisa Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19. 2020. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42709>>.

NOGUEIRA, Mariana Lima. "Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho". *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 28, n. 3, 2019.

PAIXÃO, Marcelo et. al. *Investigação sobre a qualidade da variável cor ou raça na RAIS através de um estudo comparativo com a PNAD do IBGE*. 36 Anpocs, Águas de Lindóia, 2012.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. "Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)". *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, pp. 1903-1914, 2018.

SCHATTAN et al. *Vale apostar na Atenção Primária à Saúde contra a Covid-19?*. Blog Novos Estudos Cebrap, 2020. Disponível em: <<http://novosestudos.uol.com.br/vale-apostar-na-atencao-primaria-a-saude-contra-a-covid-19/>>.

SILVEIRA, Leonardo S. *Reclassificação racial e desigualdade: Análise Longitudinal de Variações Socioeconômicas e Regionais no Brasil entre 2008 e 2015*. Tese defendida no Departamento de Sociologia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

SIMAS, Paloma Ribeiro Pires; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. "Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil". *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 22, n. 6, 2017.

SOARES, Cíntia Siqueira Araújo; FONSECA, Cristina Luiza Ramos. "Atenção primária à saúde em tempos de pandemia". *Journal of Management & Primary Health Care – Dossiê especial Pandemia, coronavírus e Atenção Primária à Saúde*, 2020.

STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; BORNSTEIN, Vera Joana. "O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde". *Revista de APS – Atenção Primária à Saúde*, v. 12, n. 4, 2009.

TELLES, Heloisa; PIMENTA, Ana Maria Carvalho. "Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento." *Saúde e Sociedade*, v. 18, pp. 467-478, 2009.

URSINE, Bárbara Lyrio; TRELHA, Celita Salmaso; NUNES, Elisabete de Fátima Polo Almeida. "O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida". *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 35, n. 122, pp. 327-339, 2010.

WHO – World Health Organization. *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*. Geneva: World Health Organization, 2018.



Núcleo de Pesquisa
e Formação em Raça,
Gênero e Justiça Racial



CEBRAP

centro brasileiro de análise e planejamento

**Equipe do Projeto
“Desigualdades Raciais e a Covid-19”**

Márcia Lima | coordenação
Anna Carolina Venturini
Caio Jardim Sousa
Elisa Hipolito do Espírito Santo
Huri Paz
Hugo Nicolau Barbosa de Gusmão
Gisele Silva Costa
Jaciane Milanezi
Renata Braga
Thayla Bicalho Bertolozzi

**Equipe do Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB),
da Fundação Getúlio Vargas (FGV)**

Gabriela Spanghero Lotta
Michelle Fernandez
Marcela Garcia Corrêa

**Equipe do Laboratório de Pesquisa em Estratificação
Social e Trabalho (LAPEST), da Universidade Federal
de Minas Gerais (UFMG)**

Elaine Meire Vilela
Cláudia Lima Ayer de Noronha

Financiamento



FORDFOUNDATION

Apoio

Fundação
Tide
Setubal



IBIRAPITANGA