



UM ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE AS PRÁTICAS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL

Brasil

Coordenação
Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

RELATÓRIO



**UM ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE AS PRÁTICAS DOS
AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Brasil

Coordenação
Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Brasília – DF
2024

Ficha Técnica

Universidade de Brasília (UnB)

Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (LabECoS/FS/UnB)

UM ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE AS PRÁTICAS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Coordenadora Nacional da Pesquisa

Equipe UnB

Profa. Dra. Ana Valéria M. Mendonça – LabECoS/FS/UnB e NESP/UnB

Profa. Dra. Elmira Luzia Melo Soares Simeão – FCI/UnB

Prof. Dr. Gislane Pereira Santana – UCB/DF

Me. Luana Dias da Costa – LabECoS/FS/UnB

Me. João Armando Alves – PPGSC/FS/UnB

Me. João Paulo Fernandes da Silva – LabECoS/FS/UnB

Esp. Juliana Santos Moreno – LabECoS/FS/UnB

Me. Luiz Filipe Barcelos – PPGSC/FS/UnB

Profa. Dra. Natália Fernandes de Andrade – LabECoS/FS/UnB

Equipe Nacional

Profa. Dra. Angela de Oliveira Carneiro – Univasf/PE

Profa. Dra. Daniela Gomes dos Santos Biscarde – UFBA

Profa. Dra. Daniela Savi Geremia – UFFS

Me. Edson Alves de Menezes – SMS/RJ

Profa. Dra. Elisabete Pimenta Araújo Paz – UFRJ

Profa. Dra. Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira – UFPA

Prof. Dr. José da Paz Oliveira Alvarenga – NESC/UFPB

Profa. Dra. Márcia Rique Carício – UFPB

Prof. Dr. Suderlan Sabino Leandro – ESCS/SES/DF

Equipe de análise estatística

Profª Rackynelly Alves Sarmento Soares – IFPB/Sousa

Matheus Antônio Alves de Araújo – DE/UFPB

Instituições Parceiras

Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (CONACS)

Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS)

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa

Revisão

Yuri de Lavor

Editoração e Arte

Antonio Ferreira

Projeto desenvolvido com apoio da Emenda Parlamentar da Deputada Federal Luiza Erundina/SP.

Publicação: Editora ECoS

Brasil. Catalogação na fonte. Bibliotecária responsável: Mônica Regina Peres – CRB-1/1339

Sousa, Maria Fátima de

S725e Um Estudo Multicêntrico Sobre as Práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil: Brasil [relatório]/ Maria Fátima de Sousa (coord.). Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (LabECoS/FS/UnB). Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP). Universidade de Brasília (UnB) – Brasília : Editora ECoS, 2024.

PDF (122 p.) : il. Color.

ISBN 978-65-84856-29-5

Disponível em: <https://ecos.unb.br/category/editora/relatorios-de-pesquisa/>

1. Atenção Primária à Saúde. 3. Agentes Comunitários de Saúde. 4. Agentes de Combate às Endemias. I. Sousa, Maria Fátima de. III. Título

CDU: 616-083

CDD: 610.7

Projeto desenvolvido com apoio da Emenda Parlamentar da Deputada Federal Luiza Erundina/SP.

Defensora da saúde comunitária: Tereza Ramos e sua luta incansável pelo povo

Tereza Ramos, uma mulher negra oriunda das periferias, desempenhou um papel crucial como agente de saúde a partir de 1978, além de militar no Movimento Popular de Saúde. Sua trajetória foi marcada por lutas e conquistas, notavelmente ao participar como delegada na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Recordo-me vividamente da determinação que brilhava em seus olhos, da alegria ao portar seu crachá, após a votação a favor de sua participação como delegada, junto a outros dez agentes de saúde de Pernambuco. Sua atuação durante os cinco dias intensos de debates, na companhia de mais de quatro mil participantes, foi incansável. Tereza acreditava firmemente que as ideias geradas nesse fórum definiriam o nosso futuro, e incitava a disseminação das nossas propostas em todos os 135 grupos de trabalho.

Uma guerreira que sentia na própria pele as dores, as angústias e as perdas enfrentadas por sua comunidade em relação à saúde e à vida. Por esse motivo, dedicava-se incansavelmente, percorrendo casa por casa, enfrentando sol e chuva, para garantir saúde às pessoas das comunidades mais vulneráveis de Recife-PE.

Tereza foi moldada pelo Movimento Popular de Saúde (MOPS), um encontro crucial para nós. Ela compreendia, como poucos, o significado das lutas e a necessidade de unir pessoas em torno de objetivos comuns. Por isso, assumiu a presidência da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) por três mandatos, além de contribuir para a criação das Federações Estaduais. Suas pautas históricas incluíam melhorias nas condições de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), desde a valorização de seu trabalho até a garantia de formação e qualificação para cuidar com segurança de suas famílias e comunidades, bem como salários justos, uma carreira digna, aposentadoria adequada e qualidade de vida para seus colegas.

Tereza partiu cedo, em 31 de março de 2017, em Recife-PE, após uma valente batalha contra o câncer. Infelizmente, não teve a oportunidade de celebrar algumas das vitórias de uma categoria que ela ajudou a fortalecer, não se curvando diante das muitas negativas de um Estado que tem a obrigação constitucional de proteger a todos.

Trabalhou com paixão e, graças a seu empenho, contribuiu para um legado no Brasil: a redução da mortalidade infantil, altas coberturas de vacinação, promoção do aleitamento materno, diminuição da desnutrição infantil e busca ativa do pré-natal. Durante a entrevista para o livro *Mulheres na saúde: vozes coletivas, imagens singulares* (Sousa, 2011), ela compartilhou:



Eu só queria dizer que torço muito para que esse livro saia, quero que ele seja divulgado. O que eu puder fazer para divulgá-lo farei, porque acredito que ele vai servir para aumentar o conhecimento e resgatar a memória das nossas ACS com os gestores do SUS, os diretores das Unidades Básicas de Saúde e as novas lideranças comunitárias. Eu não gosto muito da palavra 'liderança', mas o livro vai servir muito para essa nova geração. Ele será um banco de memórias que alguns de nós, depois de algum tempo, esquecemos de fazer, pela movimentação e pela dificuldade que temos de escrever. Nós falamos, mas somos ruins para escrever. Para mim, isso é fundamental, porque ele vai manter vivo esse pequeno baú da memória, e isso é a nossa história, nossa vida. (Tereza Ramos, 20 anos do PACS, 2011)

Com suas palavras, Tereza, dedicamos este livro que você ajudou a mobilizar por todo o país. Agora, Ilda Angélica Correia, sua colega e sucessora como Presidente da CONASC, não mediu esforços para abraçar esta pesquisa. A ela e a todas/os Agentes Comunitárias de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, compartilhamos as descobertas deste estudo em homenagem à inesquecível Tereza Ramos.

Profa. Maria Fátima de Sousa
Equipe de pesquisa



Gratidão à Rede de Pesquisadoras/es e aos parceiros institucionais

A pesquisa “Um estudo multicêntrico sobre as práticas dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias no Brasil” chegou a este relatório final graças ao compromisso e ao apoio determinados da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e das lideranças dos agentes de combate às endemias (ACE). Além disso, contamos com as sólidas parcerias do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

O que apresentamos a esses profissionais, aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e à comunidade acadêmica é um retrato atual do incansável trabalho de décadas dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos agentes de combate às endemias (ACE). Eles são dedicados a prevenir, promover e cuidar da saúde das pessoas, famílias e comunidades vinculadas a eles em seus territórios de atuação.

Os resultados deste estudo são produto de esforços coletivos de uma equipe de pesquisadores vinculada ao Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde (LabECoS/FS), em colaboração com as Unidades de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde (UTICS) e de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família (UEPSF) do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília (UnB). O estudo ainda contou com o apoio do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, durante o estágio pós-doutoral de sua coordenadora nacional, sob a supervisão do Prof. Dr. Paulo Ferrinho.

Participaram docentes da Faculdade de Ciências da Saúde e da Faculdade de Ciência da Informação, além de mestrandos, doutorandos e pós-doutorandos da UnB e de outras instituições de ensino superior e pesquisa de todo o país. O início dessa jornada remonta a 2021, quando comemoramos os 30 anos de dedicação dos ACS, e perdura até o presente (2023), com o objetivo de alcançar todos os municípios brasileiros, constituindo portanto um estudo longitudinal. Nesse trajeto, mantivemos nossos olhares atentos, ouvidos ávidos e corações pulsantes para identificar os avanços e os desafios das práticas desses profissionais.

Buscamos também o legítimo reconhecimento dos valores e dos princípios que justificam a presença essencial desses profissionais nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), contribuindo para a construção



de um outro e novo modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) de base territorial, comunitária, integral, resolutiva, acolhedora e de qualidade. E, sobretudo, cooperando, com a garantia do pleno acesso da população às ações individuais e coletivas, na estruturação de Redes Integradas nas Regiões de Saúde. Desejamos que os resultados desta pesquisa tragam percepções valiosas que contribuirão para a otimização da integração das políticas públicas, nos diferentes, diversos, e complexos contextos do SUS em todos os municípios brasileiros.



LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição percentual dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa	24
Figura 2. Distribuição percentual dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, segundo o gênero	25
Figura 3. Distribuição percentual dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, segundo a faixa etária	26
Figura 4. Distribuição percentual dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, segundo a raça/cor	27
Figura 5. Distribuição percentual dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, segundo tempo em que reside no município	27
Figura 6. Distribuição percentual dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, segundo atuar no mesmo município em que reside	28
Figura 7. Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias participantes da pesquisa segundo o nível de escolaridade	32
Figura 8. Você considera satisfatório o treinamento introdutório que recebeu para exercer a função de ACS ou ACE?	33
Figura 9. Quando você fez seu último curso de atualização para o trabalho na APS?	35
Figura 10. O município em que você atua ofereceu curso técnico com carga horária mínima de 1.200 horas?	36
Figura 11. ACE - Quais áreas-temas específicas recebeu curso de capacitação	37
Figura 12. ACE - Nas práticas diárias, sente necessidade de treinamentos em quais temas	38
Figura 13. ACS - Áreas/temas específicos recebeu curso de capacitação	38
Figura 14a. Distribuição percentual referente às necessidades dos ACS sobre treinamentos nas práticas diárias, em diferentes áreas/ temas da APS/ESF	41
Figura 14b. Distribuição percentual sobre necessidades dos ACS sobre treinamentos nas práticas diárias, em demais áreas/temas da APS/ESF	41
Figura 15. Tempo de trabalho na ESF/APS	46
Figura 16. Equipe que integra na APS?	47
Figura 17. Tipo de vínculo de trabalho	48
Figura 18. Jornada de trabalho como agente	48
Figura 19. Renda principal	49



Figura 20. Avaliação das condições de trabalho na UBS/ESF?	50
Figura 21. Nas práticas cotidianas, atividades realizadas com a comunidade e a equipe: Atuação no território	56
Figura 22. Distribuição de frequência de atividades realizadas com a comunidade e a equipe: outras práticas na UBS (ACS)	59
Figura 23. ACE - No cotidiano das práticas, que ações realiza com mais frequência	61
Figura 24. No cotidiano das práticas, que ações realiza com mais frequência (ACS)	63
Figura 25. Como se comunicam com as famílias do território	69
Figura 26. Nuvem de palavras do processo de comunicação dos agentes com as famílias	74
Figura 27. Como se comunicam com as equipes	75
Figura 28. Nuvem de palavras do processo de comunicação dos agentes com a equipe	76
Figura 29. Principais fontes de informação utilizadas para tirar dúvidas nas atividades como agente	79
Figura 30. Nuvem de palavras das fontes de informação sobre saúde utilizadas pelos agentes	81
Figura 31. Nas redes sociais posso me comunicar melhor com outros agentes e tirar dúvidas?	82
Figura 32. Nas mídias sociais posso melhorar minhas atividades de atenção básica/primária à saúde com minha comunidade	84
Figura 33. As mídias sociais facilitam o acesso a informações sobre cuidado à saúde, prevenção às arboviroses e a COVID-19	84
Figura 34. Procedimentos adotados ao se deparar com informações sobre saúde coletiva/pública	85
Figura 35. Como uma informação falsa (<i>fake news</i>) impacta a atividade como agente - Dificulta a comunicação com minha comunidade	87
Figura 36. Como uma informação falsa (<i>fake news</i>) impacta a atividade como agente - Dificulta a comunicação com a equipe	87
Figura 37. Como uma informação falsa (<i>fake news</i>) impacta a atividade como agente - Dificulta o compartilhamento de materiais sobre o contexto da saúde	88
Figura 38. Nuvem de impacto das informações falsas na atuação dos agentes	88
Figura 39. Como uma informação falsa (<i>fake news</i>) impacta a atividade como agente - O que você faz ao receber falsas (<i>fake news</i>) informações nas mídias sociais?	90
Figura 40. Afirmações que retratam as principais habilidades e conhecimentos como agente - Eu compreendo que a informação precisa é essencial para a realização do meu trabalho e conheço as minhas necessidades de informação como agente	92



Figura 41. Afirmações que retratam as principais habilidades e conhecimentos como agente - Eu sei como identificar fontes de informação relevantes e confiáveis e sei encontrar a informação que eu preciso	93
Figura 42. Afirmações que retratam as principais habilidades e conhecimentos como agente - Eu tenho domínio no acesso à informações na web e sei como avaliar uma informação e selecionar aquela que é mais apropriada a uma tarefa	93
Figura 43. Eu sei organizar uma informação, redigir um texto, preparar um cartaz ou uma roda de conversa para uma atividade prática	94
Figura 44. Equipamentos (tecnologias de comunicação) disponíveis para as práticas como agente	97
Figura 45. Estes equipamentos estão conectados à internet	98
Figura 46. Como você avalia a qualidade da internet no(s) equipamento(s)	99
Figura 47. Equipamentos (tecnologias de comunicação) gostariam de ter nas práticas como agente	100





LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de frequência dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias participantes da pesquisa	24
Tabela 2. Distribuição de frequência dos aspectos sociodemográficos dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias participantes da pesquisa	28
Tabela 3. Distribuição de frequência dos agentes de combate às endemias e agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa segundo a região geográfica e a unidade federativa	30
Tabela 4. Distribuição de frequência da formação e educação profissional dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa	42
Tabela 5. Distribuição de frequência de trabalho, salário e renda dos agentes de combate às endemias e agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa	43
Tabela 6. Distribuição de frequência de trabalho, salário e renda dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias participantes da pesquisa	51
Tabela 7. Distribuição de frequência de atividades realizadas com a comunidade e a equipe: Atuação no território dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias participantes da pesquisa	54
Tabela 8. Distribuição de frequência de atividades realizadas com a comunidade e a equipe: outras práticas na UBS (ACS)	58
Tabela 9. No cotidiano de suas práticas como ACE, que ações realiza com mais frequência?	61
Tabela 10. No cotidiano de suas práticas como ACS, que ações realiza com mais frequência?	63
Tabela 11. ACS - Atividades realizadas rotineiramente junto às famílias cadastradas, durante a visita domiciliar	65
Tabela 12. Distribuição da frequência de informação, comunicação e educação em Saúde dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa	100





ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHA	Conhecimentos, Habilidades e Atitudes
ColInfo	Competência em Informação
CONACS	Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
eAB	Equipe de Atenção Básica
eABP	Equipe de Atenção Básica Prisional
eCR	Equipe de Consultório na Rua
eMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSFF	Equipe de Saúde da Família Fluvial
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
FS	Faculdade de Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LabECoS	Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde
MOPS	Movimento Popular de Saúde
NESP	Núcleo de Estudos em Saúde Pública
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amstras de Domicílios
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PSE	Programa Saúde na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TV	Televisão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPSF	Unidade de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família
UnB	Universidade de Brasília
UTICS	Unidade de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde



VD
WEB

Visita Domiciliar
World Wide Web



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	19
2. MÉTODOS APLICADOS À PESQUISA	21
2.1 Tipologia e desenvolvimento do estudo	21
2.2 Base e fonte de dados	21
2.3 Análise exploratória de dados	22
2.4 Caracterização do tamanho da amostra	22
3. RESULTADOS	23
4. ANÁLISE DO BRASIL: agente de combate às endemias (ACE) e agente comunitário de saúde (ACS)	25
BLOCO 1: PERFIL DOS PARTICIPANTE	25
BLOCO 2: FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL	31
BLOCO 3: TRABALHO, SALÁRIO E RENDA	45
BLOCO 4: PRÁTICAS COLETIVAS NA UBS/ESF	53
BLOCO 5: PRÁTICAS INDIVIDUAIS NAS UBS/ESF NAS COMUNIDADES	60
BLOCO 6: INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	67
5. UM NOVO HORIZONTE PARA O TRABALHO DOS ACS E DOS ACE	107
6. REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES	117



APRESENTAÇÃO

Este documento consiste no relatório final da pesquisa “Um estudo multicêntrico sobre as práticas dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde no Brasil”. Trata-se de uma pesquisa que teve início em 2020 e que seguiu com metas progressivas até 2023, ampliando seu alcance a todas as regiões e estados do país, tendo por finalidade identificar e mapear o perfil dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias contemporâneos, bem como o escopo de atuação e as potencialidades e/ou desafios pertinentes à sua profissão, balizados pelos atributos definidos nos marcos legais e por suas práticas cotidianas no âmbito do SUS.

A pesquisa está inserida no âmbito do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) e do Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (LabECoS/FS), em parceria com as Unidades de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde (UTICS) e de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família (UEPSF/NESP/FS/UnB), com a participação de docentes das Faculdades de Ciências da Saúde e da Ciência da Informação, mestrandos, doutorandos e pós-doutorandos da mesma universidade e de outras instituições parceiras de ensino superior e pesquisa de todo o país.

Começamos a jornada da pesquisa ainda durante a pandemia de Covid-19, desafiando-nos a chegar o mais longe possível, sempre ao lado da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (CONACS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Somente por meio de uma Rede Nacional de Pesquisa fortemente constituída em cada uma das cinco regiões do país, foi possível alcançar os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, totalizando 14.528 pessoas que responderam ao questionário eletrônico, sendo 11.697 ACS e 2.831 ACE. Somam-se a isso 54 entrevistas de Norte a Sul, com a retaguarda imprescindível dos cuidados éticos, que nos foram chancelados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB).

O relatório que apresentamos ao país encontra-se desagregado nos âmbitos nacional, regional e estadual, para que possa servir de farol a outros grupos de pesquisa, estudantes e docentes interessadas/os no tema; aos ACS e aos ACE, para que possam fortalecer suas pautas nacionais para a melhoria das condições de trabalho; e como guia orientador para a tomada de decisão dos/as gestores/as do Sistema Único de Saúde (SUS); e para que a sociedade brasileira e seus formadores de



opinião, conheçam a grandiosidade desses/as profissionais do cuidado, presentes em todo o território nacional.



1. INTRODUÇÃO

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) desempenha um papel vital no sistema de saúde brasileiro desdobrando-se como um componente estratégico na promoção da saúde e na prevenção de doenças em comunidades por todo o país. Esta pesquisa realizou um levantamento nacional sobre o perfil dos ACS e dos ACE (incluindo condições socioeconômicas, culturais e demográficas) para promover a valorização desses profissionais e desenvolver instrumentos de gestão da informação e conhecimento que auxiliem o aprimoramento de suas competências e práticas, contribuindo para a melhoria dos processos de cuidar da saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias está intrinsecamente ligada à evolução do sistema de saúde no Brasil. Em um país caracterizado por sua vasta extensão territorial, sua diversidade geográfica e demográfica, e desafios singulares de saúde coletiva, tornou-se imperativo encontrar uma abordagem inovadora e eficaz para melhorar o acesso às ações e aos serviços de saúde, e a qualidade de vida das populações mais vulneráveis. E esses profissionais, em seus territórios de atuação, têm contribuído, ao longo das últimas três décadas, para estreitar as relações entre as pessoas, as famílias e a comunidade e os serviços locais de saúde, quanto às ações da vigilância epidemiológica, à identificação de problemas de saúde e à implementação de medidas preventivas. Assim, torna-se necessário explorar as habilidades desses profissionais em se constituírem como os principais gestores da informação e da tradução do conhecimento junto à população, sendo, por consequência, educadores em saúde.

Nesse contexto, a pesquisa se propôs ainda a caracterizar o perfil social, demográfico, econômico, cultural e profissional dos ACE e dos ACS); contextualizar os cenários de práticas dos ACE e ACS segundo tipologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); descrever as concepções e as práticas desenvolvidas pelos ACE e pelos ACS, correlacionando-as ao perfil e ao cenário de atuação em diferentes municípios, estados e regiões brasileiras; compreender as modalidades das práticas nos processos de informação, educação e comunicação em saúde (formais e informais) desenvolvidas pelos ACE e pelos ACS e a influência delas no desenvolvimento do processo de trabalho junto às equipes da Estratégia Saúde da Família; verificar as estratégias e os instrumentos utilizados pelos ACE e pelos ACS para suas práticas de informação, educação e comunicação em saúde na perspectiva da promoção da saúde; propor um conjunto de estratégias de identificação



das necessidades informacionais no cotidiano de suas práticas; mapear os fluxos formais de informação nos diferentes ambientes de atuação dos ACE e dos ACS, bem como os instrumentos para coleta, filtragem, análise, organização, armazenagem e disseminação, objetivando apoiar o desenvolvimento das atividades cotidianas e de tomada de decisão; e elaborar sínteses de evidências científicas a partir do conhecimento produzido neste estudo, voltadas aos tomadores de decisão em saúde (gestores e profissionais de saúde) e à comunidade.

Partindo do perfil dos participantes que aceitaram contribuir com a pesquisa, elucidamos detalhes de sua formação e educação profissional, seu trabalho, salário e renda, enfatizando a importância das práticas, individuais e coletivas, desenvolvidas nas unidades básicas de saúde (UBS) organizadas segundo os princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF), sem nos esquecermos das ações de informação, comunicação e educação em saúde, eixos de investigação distribuídos em seis blocos, cujos resultados encontram-se no decorrer deste documento.





2. MÉTODOS APLICADOS À PESQUISA

2.1 Tipologia e desenvolvimento do estudo

Trata-se de um relatório, para o qual se adotou um desenho ecológico e transversal para o mês de março do ano de 2022, tendo como unidades de análise os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal.

Quatro etapas foram traçadas para o desenvolvimento deste relatório. A primeira etapa foi uma análise estatística, em nível nacional para os dois atores sociais: ACS e ACE; na segunda etapa, foi realizada uma análise em nível regional, para ambos os agentes, a terceira etapa, consistiu na análise em nível estadual considerando aqueles que atingiram 100% da amostra; a quarta etapa, por fim, constitui uma análise qualitativa a partir de 54 entrevistas realizadas com representações das cinco regiões do país.

Para a abordagem qualitativa inicial dos dados, foi utilizado o *software* QSR NVivo 2.0, com a finalidade de organizar e analisar os dados de maneira mais sistemática e efetiva a partir do Bloco 2 – Formação e Educação Profissional. Os textos obtidos a partir das transcrições das entrevistas foram agrupados por temas e por categorias. O software permitiu incluir diferentes informações ou recortes de texto em diferentes categorias, possibilitando assim o cruzamento de uma mesma informação em categorias distintas. Os textos decorrentes das entrevistas com os ACS e os ACE foram divididos em falas sem limite específico de palavras, considerando-se o sentido completo da informação. Os profissionais foram codificados segundo os seguintes critérios: abreviatura da categoria profissional + símbolo *underline* + abreviatura da região + símbolo *underline* + abreviatura da Unidade Federativa (em maiúsculas) + símbolo *underline* + número que consta na transcrição. Por exemplo: ACS_N_AP_01.

2.2 Base e fonte de dados

A base de dados foi formada pelas respostas da pesquisa de campo: “Um estudo multicêntrico sobre as práticas dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde no Brasil”, que fez uso dos microdados dos ACS e dos ACE. A tabulação dos dados foi realizada no Microsoft Excel® 2019, alocado no Microsoft Office Professional Plus® 2019, disponível em formato.csv.

Para a análise estatística descritiva foram usados dois *softwares*: The R Project for Statistical Computing, versão 4.2.0, disponível gratuitamente no sítio eletrônico <<https://www.r-project.org/>>; e o Jamovi versão 2.2.5, disponível no site <<https://www.jamovi.org/>>.

Na análise das variáveis, foi utilizado o Dicionário da Base de Dados, em consonância com o instrumento da pesquisa (questionário), dividido em seis blocos: 1. Perfil dos participantes; 2. Formação e Educação Profissional;



3. Trabalho, Salário e Renda; 4. Práticas Coletivas na UBS/ESF; 5. Práticas Individuais nas UBS/ESF nas Comunidades; e 6. Informação, Comunicação e Educação em Saúde.

2.3 Análise exploratória de dados

Foram realizadas análises descritivas para explorar as principais características das variáveis do estudo. Os resultados foram apresentados utilizando-se a análise exploratória de dados: distribuições de frequências, métodos gráficos e medidas-resumo. Para o cálculo da mediana, da média e do desvio padrão, foram consideradas as fórmulas descritas a seguir:

$$\text{Se } n \text{ par: Mediana} = \frac{(a+b)}{2}$$

$$\text{Se } n \text{ ímpar: Mediana} = \frac{(n+1)}{2}$$

Em que:

a e b = Valores centrais das observações;

n = Número total de observações.

$$\text{Média} = x = \frac{\sum x_i}{n}$$

Em que:

$\sum x_i$ = Soma dos valores das observações;

n = Número total de observações.

$$\text{Desvio Padrão} = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n}}$$

Em que:

x_i = Valor individual;

$\bar{x}$ = Média dos valores das observações;

n = Número total de observações.

2.4 Caracterização do tamanho da amostra

Tamanho da amostra n (inicial) = 28.697 indivíduos (Tabela 1);

Perdas = 14.169 (9.134 não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e 5.035 não são ACSs/ACEs ou não responderam);

Tamanho da amostra n (final) = 14.528 indivíduos;

Tamanho da amostra n (ACS) = 11.697 indivíduos;

Tamanho da amostra n (ACE) = 2.831 indivíduos.



3. RESULTADOS

Uma compreensão abrangente dos ACS e dos ACE é necessária para demonstrar os efeitos das práticas desses profissionais na Atenção Primária a Saúde, no âmbito do SUS. Para se alcançar esse objetivo, realizou-se uma análise exploratória de dados que buscou traçar um perfil abrangente dos ACS e dos ACE, abordando aspectos demográficos, socioeconômicos, educacionais e profissionais. A pesquisa adotou uma abordagem estruturada, dividindo os resultados em cinco blocos distintos, a fim de oferecer uma apresentação clara e organizada das informações.

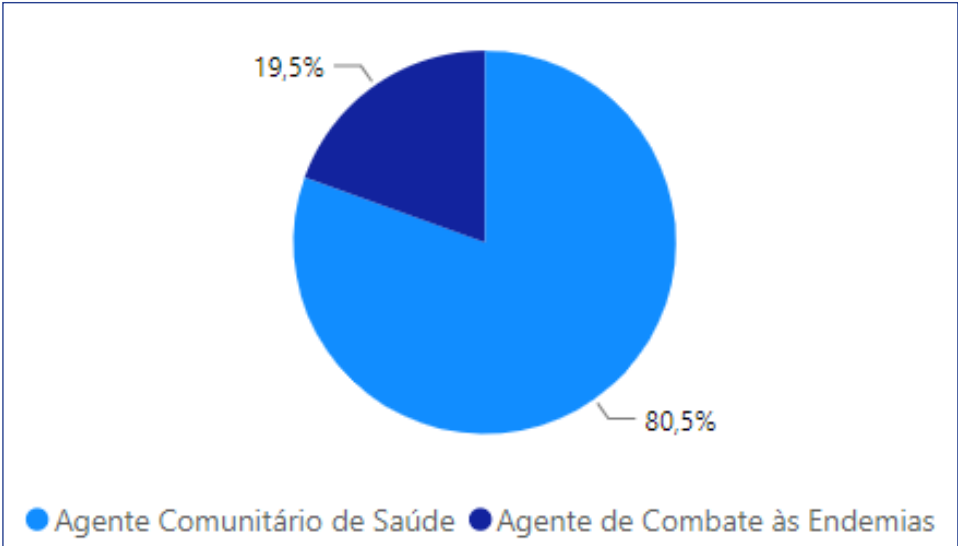
No primeiro bloco, explorou-se a identificação pessoal dos participantes, fornecendo-se uma visão geral dos aspectos demográficos que moldam o perfil desses profissionais. Em seguida, no bloco de formação e educação profissional, examinaram-se as qualificações e o nível de educação dos ACS e dos ACE, destacando-se a importância da capacitação para o desempenho de suas funções.

O terceiro bloco concentrou-se nas dimensões relacionadas ao trabalho, ao salário e à renda, fornecendo *insights* cruciais sobre as condições de emprego e a remuneração desses profissionais. Já o quarto e o quinto blocos exploraram as práticas dos ACS e dos ACE nas unidades básicas de saúde e na Estratégia Saúde da Família nas comunidades, revelando as atividades coletivas e individuais que desempenham para promover a saúde nas comunidades atendidas.

Por fim, no sexto bloco, a pesquisa abordou a dimensão de informação, comunicação e educação em saúde, destacando a relevância desses profissionais como agentes de disseminação de informações vitais para a comunidade, sendo gestores da informação e da tradução do conhecimento em saúde.

Os resultados revelam um panorama abrangente desses profissionais de saúde no Brasil. Os dados apontam que, entre os 14.528 participantes da pesquisa, 80,5% são ACS, enquanto 19,5% são ACE. Esta análise proporciona um valioso ponto de partida para compreender o contexto de como operam, bem como suas contribuições para a promoção da saúde e a prevenção de endemias no país. Ao longo deste relatório, exploraremos em detalhes os resultados obtidos em cada um dos blocos, visando a enriquecer nossa compreensão sobre esses atores-chave do sistema de saúde brasileiro.

Figura 1. Distribuição percentual dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Tabela 1. Distribuição de frequência dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias participantes da pesquisa

	Frequência	Total (%)
Agente de Combate às Endemias	2.831	19,5
Agente Comunitário de Saúde	11.697	80,5
Total	14.528	100,0

Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil



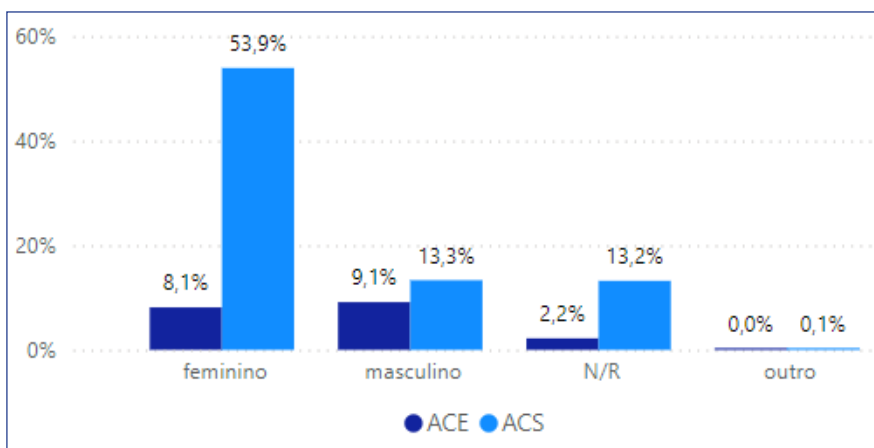
4. ANÁLISE DO BRASIL: agente de combate às endemias (ACE) e agente comunitário de saúde (ACS)

BLOCO 1: PERFIL DOS PARTICIPANTES

Com relação aos agentes de combate às endemias, a maioria dos participantes, 9,1% (1.327) pertencem ao sexo masculino, enquanto 8,1% (1.181) pertencem ao sexo feminino. Outros 2,2% (321) não responderam a esta questão.

No que diz respeito aos agentes comunitários de saúde, a maioria dos participantes, 53,9% (7.833) pertencem ao sexo feminino, enquanto 13,3% (1.936) pertencem ao sexo masculino. Outros 13,2% (1.919) não responderam à questão. Estes resultados corroboram com os estudos de Nisihara *et al* (2018) e Nascimento *et al* (2022) em que há uma hegemonia confirmada de mulheres agentes comunitárias em saúde. Hirata (2022), em seu livro “O cuidado: teorias e práticas” conclui que as mulheres constituem uma parte significativa do cuidado à saúde, porque o ato de cuidar é feminino e desde cedo incorporado e repassado às jovens.

Figura 2. Distribuição percentual dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, segundo o gênero

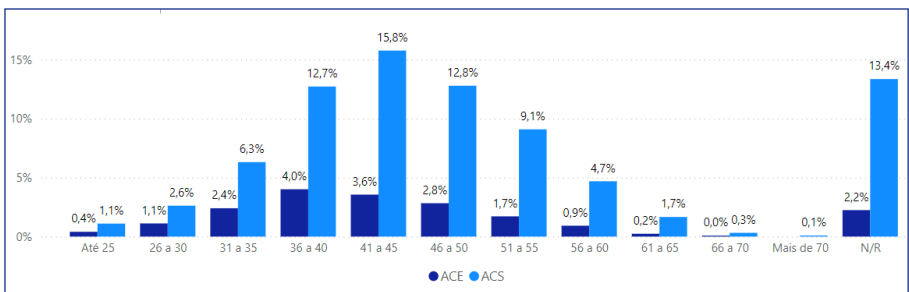


Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

No que concerne à faixa etária, a maior parte dos ACE participantes da pesquisa informou ter entre 36 a 40 anos de idade (4% - 583), seguida da faixa etária entre 41 a 45 anos (3,6% - 517) e da faixa etária entre 46 a 50 anos (2,8% - 411). Apenas 0,4% (59) informou ter até 25 anos e outros 2,2% (326) não responderam à questão. Sobre os ACS, a maior parte dos participantes

informou ter entre 41 a 45 anos de idade (15,8% - 2.291), seguida da faixa etária entre 46 a 50 anos (12,8% - 1.858) e da faixa etária entre 36 a 40 anos de idade (12,7% - 1.848). Apenas 0,1% (13) informou ter mais de 70 anos e outros 13,4% (1.940) não responderam à questão (Figura 3).

Figura 3. Distribuição percentual dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, segundo a faixa etária



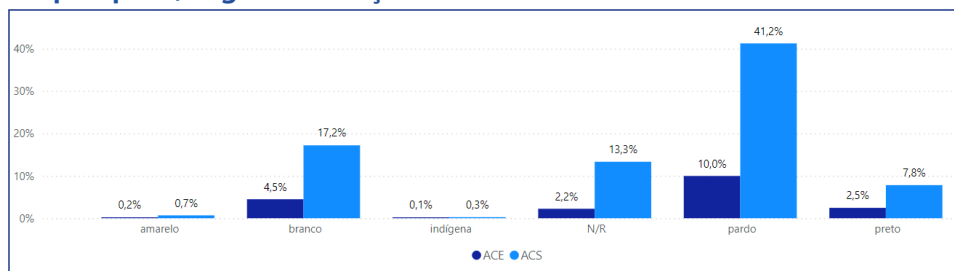
Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Sobre raça, cor e etnia, a maior parte dos ACE participantes da pesquisa se declarou pardo (10% - 1.449), enquanto 4,5% (651) se declarou branca e 2,5% (356) se declarou preto. Apenas 0,2% (32) se declarou amarelo e outros 2,5% (356) não responderam à questão. Quanto aos ACS, a maior parte dos participantes se declarou pardo (41,2 - 5.992), seguido da cor branca (17,2% - 2.499) e dos pretos (7,8% - 1.135). Apenas 0,7% se declarou amarelo e outros 13,3% não responderam à questão (Figura 4).

Nossos resultados dialogam com o estudo de Alves *et al* (2022), em que a maior parte dos ACS se declarou parda, seguido da cor branca e daqueles que se declararam pretos. Outra possível explicação para o expressivo número de pessoas que se declararam pardas é a frequência de respostas nas regiões mais miscigenadas do país, como o Nordeste.



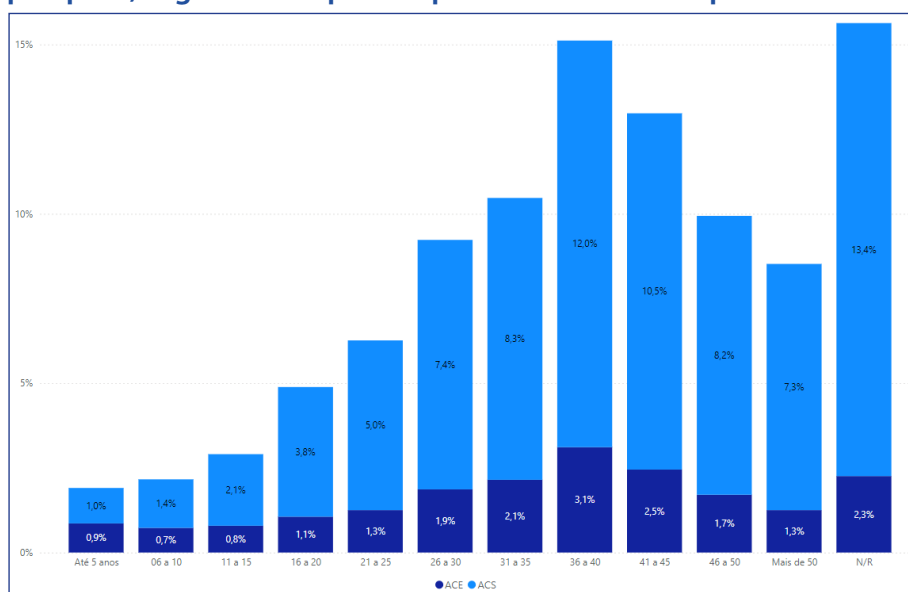
Figura 4. Distribuição percentual dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, segundo a raça/cor



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Os participantes, quando questionados acerca do tempo em que residem no município, a maioria de ambas as categorias profissionais afirmou residir entre 36 a 40 anos, sendo 3,1% (452) dos ACE e 12% (1.744) dos ACS. Esse resultado indica um importante vínculo com o território (Figura 5)..

Figura 5. Distribuição percentual dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, segundo tempo em que reside no município



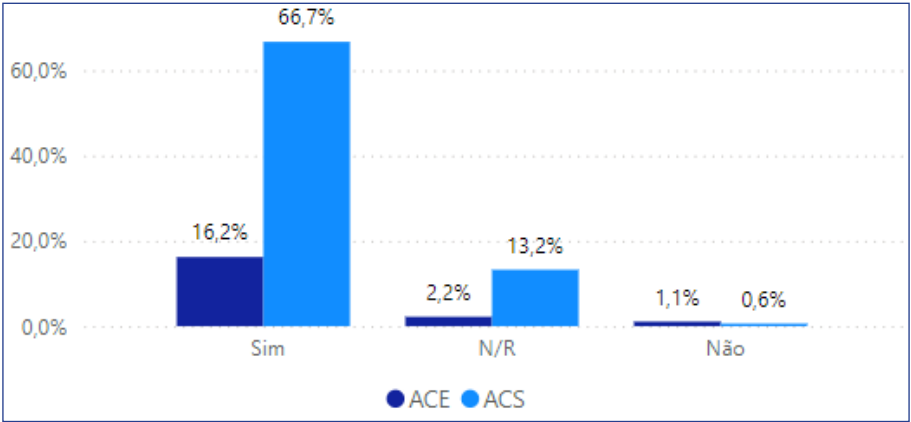
Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Para ambas as categorias profissionais, a maior parte dos participantes trabalha no mesmo município em que reside. Dessa forma, 16,2% (2.354)



dos ACE e 66,7% (9.685) dos ACS residem onde atuam profissionalmente. Apenas 1,1% (156) dos ACE e 0,6% (88) dos ACS não atuam no mesmo município em que moram. Ao todo, 15,5% (2.245) dos ACE e ACS participantes da pesquisa não informaram sobre essa questão (Figura 6).

Figura 6. Distribuição percentual dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa, segundo atuar no mesmo município em que reside



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

A Tabela 2 representa um compilado de todas as informações obtidas a partir do perfil dos participantes da pesquisa.

Tabela 2. Distribuição de frequência dos aspectos sociodemográficos dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias participantes da pesquisa

N= 14528	ACE		ACS		Total	
Variável	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Gênero						
Feminino	1181	8,1%	7833	53,9%	9014	62,0%
Masculino	1327	9,1%	1936	13,3%	3263	22,5%
Outro	2	0,0%	9	0,1%	11	0,1%
Não respondeu	321	2,2%	1919	13,2%	2240	15,4%
Faixa etária						
Até 25	59	0,4%	160	1,1%	219	1,5%
26 a 30	162	1,1%	381	2,6%	543	3,7%
31 a 35	349	2,4%	917	6,3%	1266	8,7%



36 a 40	583	4,0%	1848	12,7%	2431	16,7%
41 a 45	517	3,6%	2291	15,8%	2808	19,3%
46 a 50	411	2,8%	1858	12,8%	2269	15,6%
51 a 55	249	1,7%	1321	9,1%	1570	10,8%
56 a 60	134	0,9%	681	4,7%	815	5,6%
61 a 65	35	0,2%	241	1,7%	276	1,9%
66 a 70	6	0,0%	46	0,3%	52	0,4%
Mais de 70	0	0,0%	13	0,1%	13	0,1%
Não respondeu	326	2,2%	1940	13,4%	2266	15,6%

Raça e cor

Amarelo	32	0,2%	98	0,7%	130	0,9%
Branco	651	4,5%	2499	17,2%	3150	21,7%
Indígena	18	0,1%	37	0,3%	55	0,4%
Pardo	1449	10,0%	5992	41,2%	7441	51,2%
Preto	356	2,5%	1135	7,8%	1491	10,3%
Não informou	356	2,5%	1135	7,8%	1491	10,3%

Reside há quantos anos nesse município/cidade (anos)

Até 5	125	0,9%	152	1,0%	277	1,9%
6 a 10	106	0,7%	208	1,4%	314	2,2%
11 a 15	115	0,8%	307	2,1%	422	2,9%
16 a 20	154	1,1%	556	3,8%	710	4,9%
21 a 25	182	1,3%	728	5,0%	910	6,3%
26 a 30	271	1,9%	1070	7,4%	1341	9,2%
31 a 35	312	2,1%	1209	8,3%	1521	10,5%
36 a 40	452	3,1%	1744	12,0%	2196	15,1%
41 a 45	356	2,5%	1528	10,5%	1884	13,0%
46 a 50	248	1,7%	1196	8,2%	1444	9,9%
Mais de 50	182	1,3%	1056	7,3%	1238	8,5%
Não respondeu	328	2,3%	1943	13,4%	2271	15,6%

Atua profissionalmente no município onde reside

Sim	2354	16,2%	9685	66,7%	12039	82,9%
Não	156	1,1%	88	0,6%	244	1,7%
Não respondeu	321	2,2%	1924	13,2%	2245	15,5%

Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

De acordo com a Tabela 3, é possível observar que a maior parte dos ACE e ACS participantes da pesquisa localizavam-se na região Nordeste do país, correspondendo a 50,1% (7.285), seguida da região Sudeste, com 11,6% (1.692) e da região Norte, representando 8,9% (1.295) dos participantes. Em relação aos estados, aquele que obteve maior frequência de respostas foi o estado da Bahia, representando 13,4% (1.947) do total de participantes da pesquisa.

Tabela 3. Distribuição de frequência dos agentes de combate às endemias e agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa segundo a região geográfica e a unidade federativa

N=14528		ACE		ACS		Total	
Região	Estado	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
NORTE	Acre	40	0,3%	95	0,7%	135	0,9%
	Amapá	15	0,1%	81	0,6%	96	0,7%
	Amazonas	14	0,1%	97	0,7%	111	0,8%
	Pará	100	0,7%	284	2,0%	384	2,6%
	Tocantins	14	0,1%	109	0,8%	123	0,8%
	Rondônia	30	0,2%	398	2,7%	428	2,9%
	Roraima	4	0,0%	14	0,1%	18	0,1%
	Subtotal	217	1,5%	1078	7,4%	1295	8,9%
NORDESTE	Alagoas	169	1,2%	477	3,3%	646	4,4%
	Bahia	415	2,9%	1532	10,5%	1947	13,4%
	Ceará	247	1,7%	480	3,3%	727	5,0%
	Paraíba	102	0,7%	504	3,5%	606	4,2%
	Pernambuco	126	0,9%	539	3,7%	665	4,6%
	Piauí	130	0,9%	741	5,1%	871	6,0%
	Rio Grande do Norte	75	0,5%	299	2,1%	374	2,6%
	Maranhão	120	0,8%	965	6,6%	1085	7,5%
	Sergipe	59	0,4%	305	2,1%	364	2,5%
	Subtotal	1443	9,9%	5842	40,2%	7285	50,1%



CENTRO-OESTE	Distrito Federal	117	0,8%	174	1,2%	291	2,0%
	Goiás	80	0,6%	315	2,2%	395	2,7%
	Mato Grosso	44	0,3%	102	0,7%	146	1,0%
	Mato Grosso do Sul	9	0,1%	34	0,2%	43	0,3%
	Subtotal	250	1,7%	625	4,3%	875	6,0%
SUDESTE	Minas Gerais	222	1,5%	543	3,7%	765	5,3%
	Espírito Santo	37	0,3%	66	0,5%	103	0,7%
	Rio de Janeiro	95	0,7%	401	2,8%	496	3,4%
	São Paulo	69	0,5%	259	1,8%	328	2,3%
	Subtotal	423	2,9%	1269	8,7%	1692	11,6%
SUL	Paraná	51	0,4%	111	0,8%	162	1,1%
	Santa Catarina	55	0,4%	367	2,5%	422	2,9%
	Rio Grande do Sul	67	0,5%	473	3,3%	540	3,7%
	Subtotal	173	1,2%	951	6,5%	1124	7,7%
Não respondeu	Subtotal	325	2,2%	1932	13,3%	2257	15,5%

Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

BLOCO 2: FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

Ao se considerar a lógica da Atenção Primária à Saúde na perspectiva da Estratégia Saúde da Família, que conta com equipes multiprofissionais, a capacidade de trabalhar em equipe é fundamental. De acordo com Reeves (2016), a educação interprofissional e as práticas colaborativas em saúde permitem que profissionais da saúde se tornem mais bem-preparados para a comunicação com profissionais das diferentes áreas e que, dessa forma, influencie as percepções e as atitudes diante dos problemas.

Na presente pesquisa, procuramos analisar a formação e a educação profissional dos Agentes ACS e ACE em seus territórios de atuação.

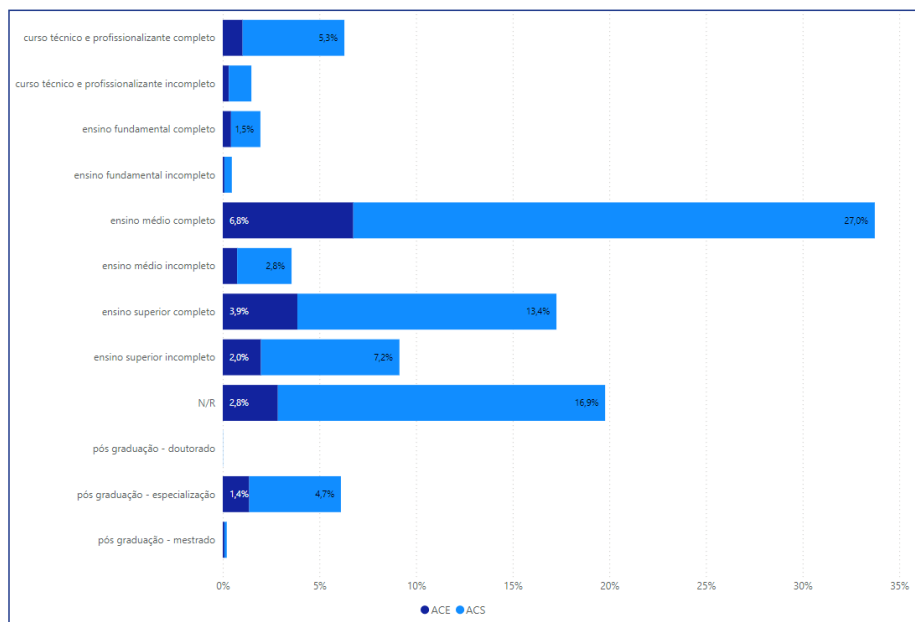
É importante ressaltar que o principal objetivo da investigação sobre a formação e a educação profissional em saúde é promover a melhoria da atenção à saúde da população, para que se atinja um sistema de saúde



no qual o cuidado seja centrado no paciente, e com isso atingir as reais necessidades do sistema de saúde brasileiro.

Nesse sentido, de acordo com a figura 7, observa-se que a maior parte dos ACE e ACS participantes da pesquisa possuem ensino médio completo, representando 6,8% (981) e 27% (3.920), respectivamente. Em seguida, o ensino superior completo correspondeu a 3,9% (561) dos ACE e 13,4% (1.947) dos ACS, enquanto o ensino superior incompleto correspondeu a 2% (287) dos ACE e 7,2% (1.041) dos ACS. O mestrado e o doutorado foram tão raramente mencionados pelos participantes de ambas categorias profissionais que as porcentagens não ultrapassam os 0,1%. Tais resultados corroboram os estudos de Cabral, Gleriano e Nascimento (2019), segundo os quais, apesar de o nível de escolaridade exigido para as duas categorias profissionais ser o ensino fundamental, grande parte dos profissionais possui o ensino médio completo ou ensino superior completo.

Figura 7. Distribuição percentual dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias participantes da pesquisa segundo o nível de escolaridade

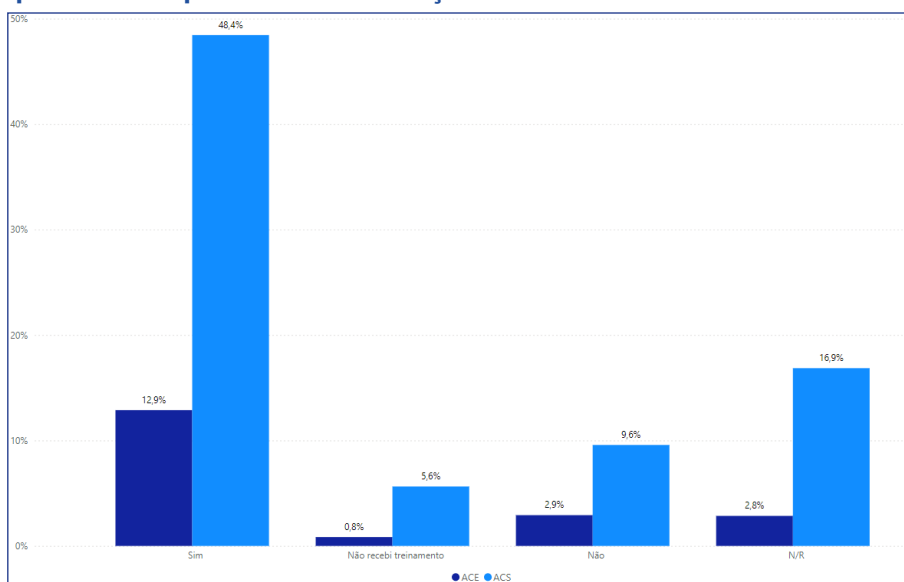


Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Com relação a figura 8, a maior parte de ambos os profissionais consideram satisfatório o treinamento introdutório que receberam, sendo 12,9% (1.871) para os ACE e 48,4% (7.038) para os ACS. Quanto àqueles

que não consideraram satisfatório o treinamento introdutório, foram: 2,9% (424) dos ACE e 9,6% (1.391) dos ACS. A porcentagem que nos chama a atenção diz respeito àqueles que não receberam nenhum treinamento introdutório, o que pode, inclusive, prejudicar a atuação profissional. Nesse caso, 0,8% (122) dos ACE e 5,6% (819) dos ACS não receberam treinamento introdutório. Outros 19,7% (2.863) dos ACE e ACS participantes da pesquisa não responderam à questão.

Figura 8. Você considera satisfatório o treinamento introdutório que recebeu para exercer a função de ACS ou ACE?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Nesse sentido, as narrativas do estudo qualitativo nos apresentam a percepção dos profissionais entrevistados:

Bom, no início, quando eu entrei [no contrato] o treinamento foi bem valorizado, assim, foi uma coisa que a gente passou uma semana em treinamento, foi bem aproveitado. Só que agora, desses tempos para cá, só mesmo os contratados que teve um treinamento de uma semana. ACS_CO_DF_01

Olha, aqui na minha cidade existe um déficit muito grande com relação à parte dos treinamentos. Porque o agente

de controle de endemias, na prática, ele exerce vários tipos de atividades diferentes. Atualmente e, assim, não tão atualmente, eu vou citar aí uns dez anos, em média, a minha cidade, ela vem fazendo umas práticas, a qual eu critico muito. Lá no setor de endemias que, por exemplo, quando tem treinamento, só dão treinamento de... das nossas atividades, treinamento novos ou reciclagem de treinamentos, normalmente, para cinco pessoas, ou seja, eu atualmente só estou trabalhando no controle da dengue [PNCD, Programa Nacional de Controle da Dengue]. ACE_NE_AL_01

Na verdade, eu penso que o treinamento é a base de tudo, o início de tudo é um bom treinamento. Só que, no município onde eu recebi esse treinamento, ele deixou muito a desejar, poderia ter ido mais além. Ele foi muito superficial, poderia ter melhorado. ACE_SE_ES_01

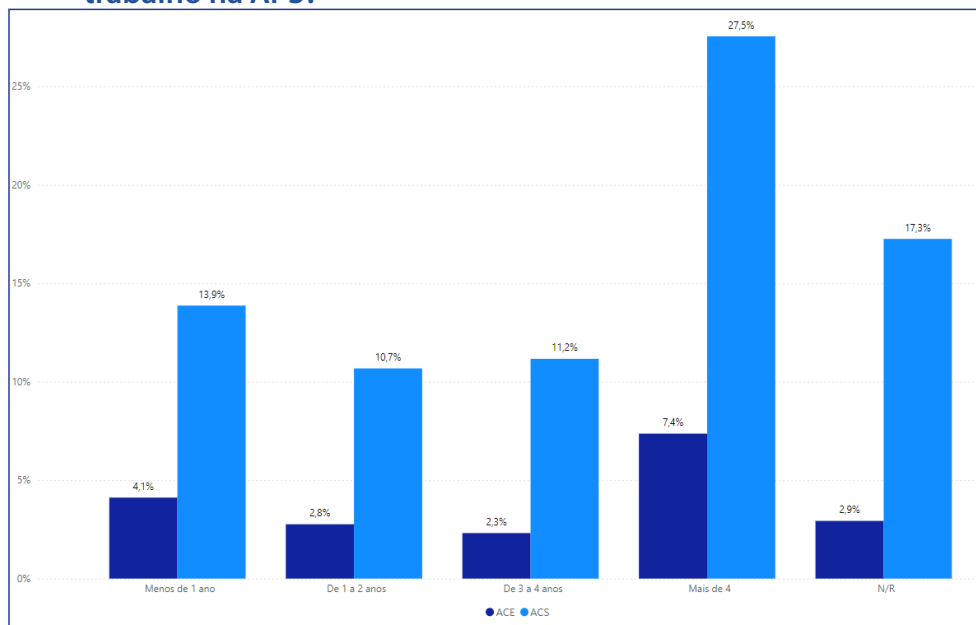
Bom, o treinamento no momento foi pouco, né. Nós tivemos pouco treinamento, uma coisa que nós não temos é valorização no nosso trabalho, entendeu, nós não temos quase cursos, nós não temos quase especialidade na nossa área, e... se a gente quer saber de alguma coisa, a gente procura informações, quem tem interesse também em ter conhecimento, procura. Porque, se for esperar pelo órgão público, a gente vai ficar na mesmice. ACE_N_AP_01

Os resultados também estão em consonância com o estudo conduzido por Rodrigues *et al.* (2019), em que a maioria dos profissionais realizou o curso introdutório ao ingressar na profissão.

De acordo com a figura 9, a maior parte desses profissionais fez seu último curso de atualização há mais de quatro anos, sendo: 7,4% (1.070) dos ACE e 27,5% (4.002) dos ACS. Seguido daqueles que fizeram curso de atualização há menos de um ano, representando 4,1% (598) dos ACE e 13,9% (2.015) dos ACS.



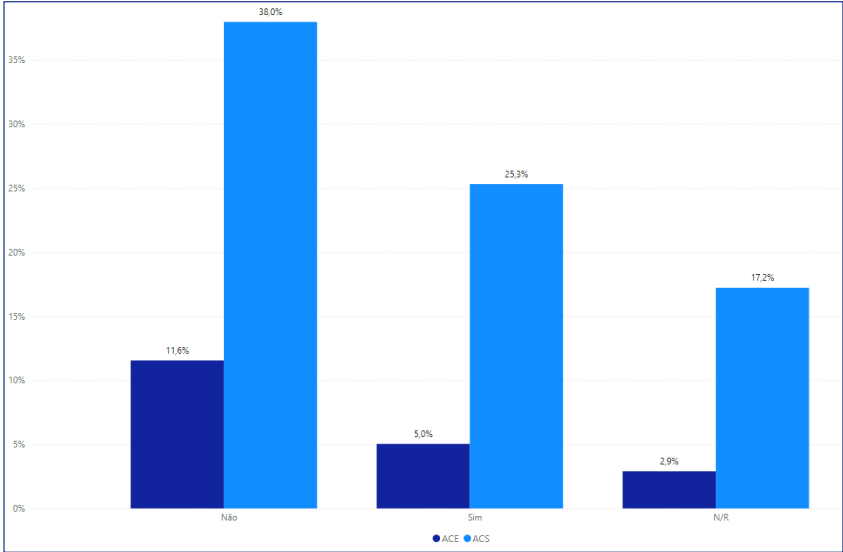
Figura 9. Quando você fez seu último curso de atualização para o trabalho na APS?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Com relação à figura 10, a maior parte dos participantes da pesquisa concordam que o município onde atuam não ofereceu curso técnico com carga horária mínima de 1.200 horas, correspondendo a 11,6% (1.678) dos ACE e 38% (5.517) dos ACS. Apenas 5% (732) dos ACE e 25,3% (3.678) dos ACS concordam que o município onde atuam ofereceu curso técnico com carga horária mínima de 1.200 horas.

Figura 10. O município em que você atua ofereceu curso técnico com carga horária mínima de 1.200 horas?



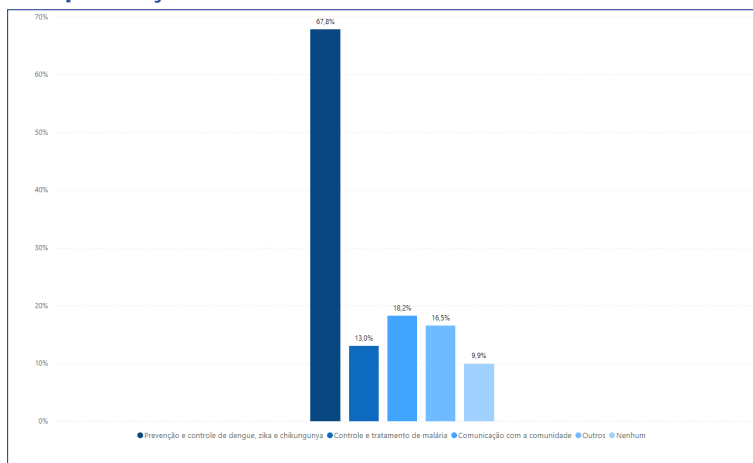
Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

A seguir, serão apresentadas as áreas-temas específicas que cada categoria profissional participante do estudo recebeu em relação ao curso de capacitação.

Nesse sentido, a partir da figura 11 é possível observar que a maior parte dos ACE participantes da pesquisa (32,5% - 920) receberam capacitação em prevenção e controle de dengue, zika e chikungunya. Seguido daqueles que receberam capacitação em comunicação com a comunidade, representando 18,2% (516) dos ACE. Aqueles que não receberam nenhuma capacitação corresponderam a 9,9% (281) dos ACE.



Figura 11. ACE - Quais áreas-temas específicas recebeu curso de capacitação



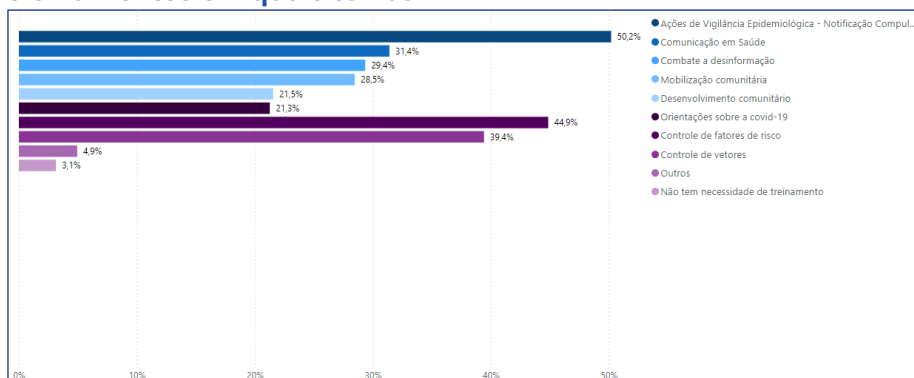
Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Sobre a dengue, zika e chikungunya eis o que pensam os ACE participantes da pesquisa, a partir das entrevistas:

[...] pra eu fazer as formações específicas para essas partes de dengue, zika, chikungunya e malária, que são as partes que a cidade aqui trabalha mais no setor de endemia, é mais suportado por isso, então, assim, o que eu sei até agora que eu estou estudando, lendo, pesquisando, não tive uma formação específica para o trabalho de endemias na cidade, como eu te disse, fiquei um ano e meio trabalhando a frente do covid. ACE N RO 01

A partir da figura 12 é possível observar os temas em que os ACE participantes da pesquisa mais sentem necessidade de treinamento. Destacamos os cinco temas com maior frequência, sendo eles: ações de vigilância epidemiológica - notificação compulsória de doenças (50,2% - 1.421), controle de fatores de risco (44,9% - 1.270), controle de vetores (39,4% - 1.116), comunicação em saúde (31,4% - 889) e combate a desinformação (29,4% - 831). Outros 3,1% (89) afirmaram não sentir necessidade de quaisquer cursos.

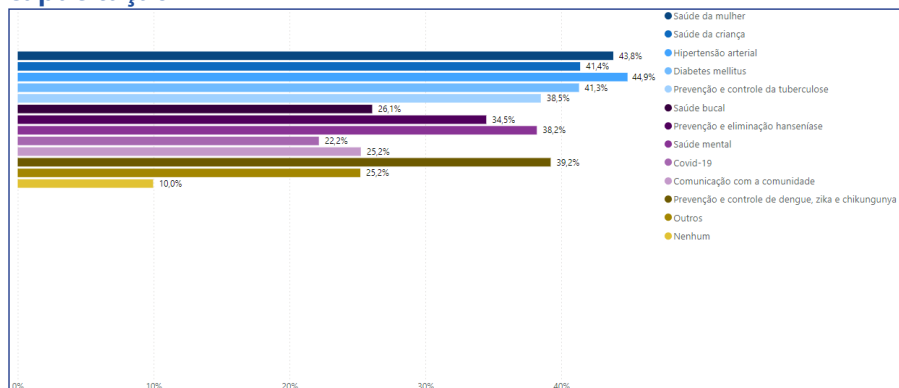
Figura 12. ACE - Nas práticas diária, sente necessidade de treinamentos em quais temas



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

A partir da Figura 13 é possível observar que a maior parte dos ACS participantes da pesquisa receberam capacitação nas seguintes áreas-temas específicas: hipertensão arterial (44,9% - 5.249), saúde da mulher (43,8% - 5.126), saúde da criança (41,4% - 4.841), diabetes mellitus (41,3% - 4.831) e prevenção e controle de dengue, zika e chikungunya (39,2% - 4.587). Aqueles que não receberam nenhuma capacitação corresponderam a 10% (1.166) dos ACS.

Figura 13. ACS - Áreas/temas específicas recebeu curso de capacitação



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Sobre a dengue, zika e chikungunya eis o que pensam os ACS participantes da pesquisa, a partir das entrevistas:





Então, isso é uma questão, porque o município não me deu treinamento ainda, então, assim, inclusive nossa cidade está vivendo um surto de dengue e eu tenho que fazer muita coisa, tenho que aprender com o pessoal de Porto Velho, alimentando o sistema, essas coisa assim, tô tendo- perguntando de outras cidades quem pode me ajudar, me informar alguma coisa, do que eu ainda não tive treinamento, eu ainda- a nova secretária de Saúde que vai entrar no município, qual - a coordenadora da Atenção Básica prometeu que este ano fará, me dará- me levará para Porto Velho [...]. ACS_N_RO_01

E, sobre a dengue, chikungunya e a zika, ficamos sabendo, assim, tudo por cima, nada, assim, bem profundo, tivemos um tempo que estava trabalhando com os mutirões da dengue, chegava na casa das pessoas para orientar as pessoas quanto aos cuidados que ela tinha que ter e tudo, mas era coisa que a gente procurava saber, não era porque antes a gente tinha uma capacitação para a gente ir para a área não. ACS_CO_GO_01

No início tinha treinamento sobre dengue... sobre... não lembro se tinha de zika, mas dengue, hanseníase, tuberculose, é... diarreia, desnutrição, o cuidado com a criança, com a mulher, com o idoso, a gente quase todo mês a gente tinha esses treinamentos, né... Agora muito mais escasso, muito, muito... Eu não lembro a era que a gente fez isso, não lembro, a gente tinha educação continuada. ACS_NE_PB_01

Eu acredito que, assim que surgiu, há vários casos no município que já têm tipo uns quatro anos, eu acho, de chikungunya principalmente, né... dengue, é... A gente tá sempre orientando, mas um treinamento já tem bastante tempo também. ACS_N_TO_01

Sobre a capacitação eis o que pensam os ACS participantes da pesquisa, a partir das entrevistas:

Capacitações são poucas, parece que a gestão, hoje, ela não se preocupa mais com capacitação. Porque, se você abrir uma gaveta que eu tenho aqui, eu tenho de diploma



até capacitação, era uma atrás da outra. A gente tinha duas, três, quatro... de coisas diferentes por semestre. A gente era realmente capacitado, e a capacitação para o agente comunitário de saúde nós tivemos duas, a minha turma e os meninos até hoje nem preencheram, agora tá tudo informatizado, né, pra uns facilitou, pra outros piorou, mas... tem uns que não sabem nem preencher uma ficha de cadastro, então... capacitação zero, nota zero pra [município do entrevistado]. ACS_CO_MS_01

Eu gostei, né, do treinamento, mas faz muito tempo que a gente não tem esse treinamento [...]. Mais de oito anos que a gente não tem um acompanhamento de um treinamento sério. ACS_NE_RN_01

Quatro anos que a gente não tem mais treinamentos. O que eu tive no início, no início a gente tinha sim, todo ano a gente tinha umas reciclagens e tal, onde a gente estava sempre ali buscando coisa diferente, né, mas ultimamente, de uns quatro anos para cá, a gente não tem tido nenhuma reciclagem, não tem tido nenhum tipo de treinamento não. ACS_SE_MG_01

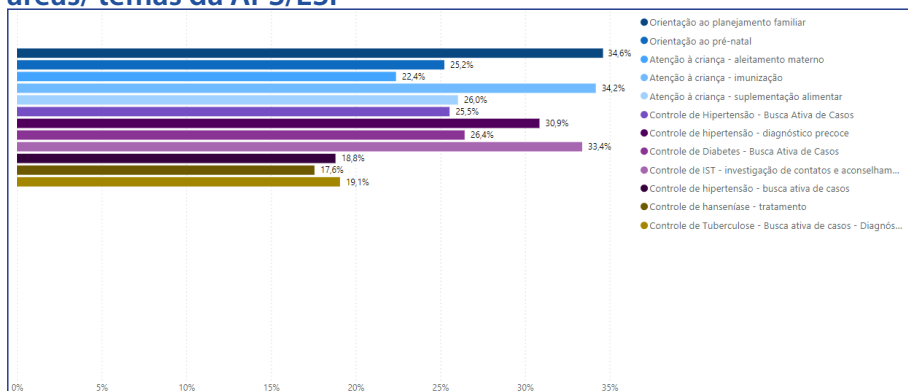
Olha, o treinamento, ele é quase nulo, não tem aquele – deveria ter uma educação continuada, os agentes de saúde deveria ter educação continuada, não tem, e alguns municípios o que acontece, o agente de saúde recebe treinamento de uma semana depois que faz processo seletivo e é jogada, assim, ele aprende, com – na prática, né, então ele que corre atrás, não tem – no momento não tem aquela coisa, educação continuada, que a única se prepara, tem alguns municípios – alguns dados que fornecem isso, não é mais tão raros. ACS_S_RS_01

A partir da figura 14 é possível observar os temas em que os ACS participantes da pesquisa mais sentem necessidade de treinamento. Destacamos os cinco temas com maior frequência, sendo eles: ações voltadas para os adolescentes (40% - 4.684), ações voltadas para o idoso (39,4% - 4.613), saúde mental (38,3% - 4.480), orientação ao planejamento familiar (34,6% - 4.048) e atenção à criança - imunização (34,2% - 3.998). Outros 2,4% (275) afirmaram não sentir necessidade de quaisquer cursos



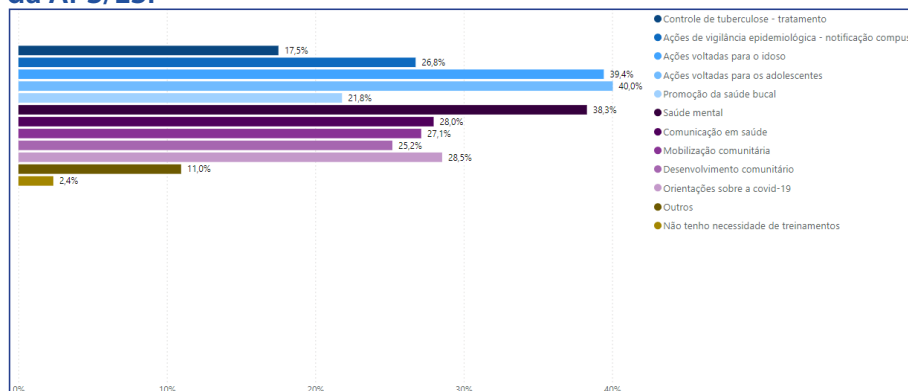


Figura 14a. Distribuição percentual referente às necessidades dos ACS sobre treinamentos nas práticas diárias, em diferentes áreas/ temas da APS/ESF



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Figura 14b. Distribuição percentual sobre necessidades dos ACS sobre treinamentos nas práticas diárias, em demais áreas/ temas da APS/ESF



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

As Tabelas 4 e 5 apresentam o consolidado dos achados do Bloco 2.

Tabela 4. Distribuição de frequência da formação e educação profissional dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa

N= 14528	ACE		ACS		TOTAL	
Variável	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Escolaridade						
Ensino fundamental incompleto	12	0,1%	56	0,4%	68	0,5%
Ensino fundamental completo	62	0,4%	221	1,5%	283	1,9%
Ensino médio incompleto	108	0,7%	409	2,8%	517	3,6%
Ensino médio completo	981	6,8%	3920	27,0%	4901	33,7%
Curso técnico e profissionalizante incompleto	46	0,3%	169	1,2%	215	1,5%
Curso técnico e profissionalizante completo	149	1,0%	765	5,3%	914	6,3%
Ensino superior incompleto	287	2,0%	1041	7,2%	1328	9,1%
Ensino superior completo	561	3,9%	1947	13,4%	2508	17,3%
Especialização	199	1,4%	689	4,7%	888	6,1%
Mestrado	12	0,1%	18	0,1%	30	0,2%
Doutorado	0	0,0%	2	0,0%	2	0,0%
Não respondeu	414	2,8%	2460	16,9%	2874	19,8%
Considera satisfatório o treinamento introdutório que recebeu para exercer função de ACS/ACE?						
Sim	1871	12,9%	7038	48,4%	8909	61,3%
Não	424	2,9%	1391	9,6%	1815	12,5%
Não recebi treinamento	122	0,8%	819	5,6%	941	6,5%
Não respondeu	414	2,8%	2449	16,9%	2863	19,7%
Quando fez o último curso de atualização para o trabalho na APS						
menos de 1 ano	598	4,1%	2015	13,9%	2613	18,0%
de 1 a 2 anos	401	2,8%	1551	10,7%	1952	13,4%





de 3 a 4 anos	336	2,3%	1622	11,2%	1958	13,5%
mais de 4 anos	1070	7,4%	4002	27,5%	5072	34,9%
Não respondeu	426	2,9%	2507	17,3%	2933	20,2%

O município ofereceu curso técnico com carga horária mínima de 1200 horas

Sim	732	5,0%	3678	25,3%	4410	30,4%
Não	1678	11,6%	5517	38,0%	7195	49,5%
Não respondeu	421	2,9%	2502	17,2%	2923	20,1%

Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Tabela 5. Distribuição de frequência de trabalho, salário e renda dos agentes de combate às endemias e agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa

N= 2831		ACE
Variável	Frequência	%
Áreas temas específicos que recebeu curso de capacitação		
Prevenção e controle de dengue, zika e chikungunya	920	32,5%
Controle e tratamento de malária	367	13,0%
Comunicação com a comunidade	516	18,2%
Outros	468	16,5%
Nenhum	281	9,9%
Nas práticas diárias, sente necessidade de treinamento nos temas		
Ações de vigilância epidemiológica - Notificação compulsória de doenças	1421	50,2%
Comunicação em Saúde	889	31,4%
Combate a desinformação	831	29,4%
Mobilização comunitária	806	28,5%
Desenvolvimento comunitário	610	21,5%
Orientações sobre a covid-19	602	21,3%
Controle de fatores de risco (químicos, físicos, biológicos, mecânicos, acidente de trabalho, ergonômicos, organização do trabalho e sociais)	1270	44,9%
Controle de vetores	1116	39,4%
Outros	140	4,9%
Não tenho necessidade de curso	89	3,1%



N= 11697		ACS
Variável	Frequência	%
Áreas temas específicos que recebeu curso de capacitação		
Saúde da mulher	5126	43,8%
Saúde da criança	4841	41,4%
Hipertensão arterial	5249	44,9%
Diabetes mellitus	4831	41,3%
Prevenção e controle da tuberculose	4502	38,5%
Saúde bucal	3051	26,1%
Prevenção e eliminação da hanseníase	4033	34,5%
Saúde mental	4468	38,2%
Covid-19	2592	22,2%
Comunicação com a comunidade	2953	25,2%
Prevenção e controle de dengue, zika e chikungunya	4587	39,2%
Outros	2949	25,2%
Nenhum	1166	10,0%
Nas práticas diárias, sente necessidade de treinamentos em quais temas da APS/ESF		
Orientação ao Planejamento Familiar	4048	34,6%
Orientação ao Pré-natal	2952	25,2%
Atenção à Criança - Aleitamento materno	2618	22,4%
Atenção à Criança - Imunização	3998	34,2%
Atenção à Criança - Suplementação Alimentar	3046	26,0%
Controle de Hipertensão - Busca Ativa de Casos	2988	25,5%
Controle de Hipertensão - Diagnóstico precoce	3609	30,9%
Controle de Diabetes - Busca Ativa de Casos	3092	26,4%
Controle de IST - Investigação de contatos e aconselhamento de pacientes de risco	3904	33,4%
Controle de Hanseníase - Busca ativa de casos	2200	18,8%
Controle de Hanseníase - Tratamento	2055	17,6%





Controle de Tuberculose - Busca ativa de casos - Diagnóstico	2231	19,1%
Controle de Tuberculose - Tratamento	2049	17,5%
Ações de Vigilância Epidemiológica - Notificação Compulsória de Doenças	3130	26,8%
Ações voltadas para o idoso	4613	39,4%
Ações voltadas para os Adolescentes	4684	40,0%
Promoção da Saúde bucal	2550	21,8%
Saúde Mental	4480	38,3%
Comunicação em Saúde	3272	28,0%
Mobilização comunitária	3174	27,1%
Desenvolvimento comunitário	2947	25,2%
Orientações sobre a covid-19	3339	28,5%
Outros	1282	11,0%
Não tenho necessidade de treinamentos	275	2,4%

Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil.

BLOCO 3: TRABALHO, SALÁRIO E RENDA

A Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, e dispõe sobre as mudanças nas responsabilidades, horários e ambientes de trabalho, requisitos de formação, treinamentos profissionais contínuos e auxílio de transporte para os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias, em seu Art. 3º, estabelece que:

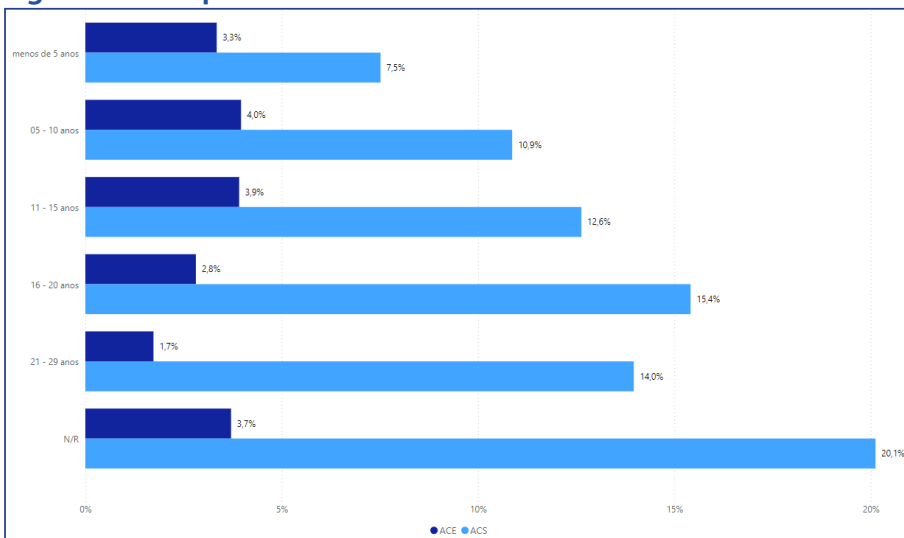
“O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal” (Brasil, 2018).



O artigo 4º, inciso 1º da mesma lei trata das atividades típicas do Agente de Combate às Endemias, em sua área geográfica de atuação, sendo elas, resumidamente, ações de educação em comunidade sobre a prevenção de doenças, em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde, além da identificação de casos suspeitos e da divulgação de informações sobre doenças e agentes transmissores. Cabe também aos Agente de Combate às Endemias realizar pesquisas de campo, cadastrar propriedades, executar ações de prevenção com métodos químicos e biológicos, participar de projetos de pesquisa, registrar informações conforme as normas do SUS e identificar situações relacionadas a fatores ambientais de forma a mobilizar a comunidade para ações de controle de vetores.

Na presente pesquisa, procuramos analisar os elementos trabalho, salário e renda dos ACE e ACS participantes da pesquisa. Assim, a Figura 15 demonstra que a maior parte dos ACE trabalha de 5 a 10 anos no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), da Atenção Primária à Saúde (APS), representando 4% (576). Em seguida, surgem aqueles que trabalham de 11 a 15 anos, correspondendo a 3,9% (569). Com relação aos ACS participantes da pesquisa, estes em sua maioria, trabalham de 16 a 20 anos no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), da Atenção Primária à Saúde, representando 15,4% (2.239). Seguido daqueles que trabalham de 21 a 29 anos (14% - 2.029), e de 11 a 15 anos (12,6% - 1.835). Não responderam a essa pergunta 3,7% (539) dos ACE e 20,1% (2.923) dos ACS.

Figura 15. Tempo de trabalho na ESF/APS

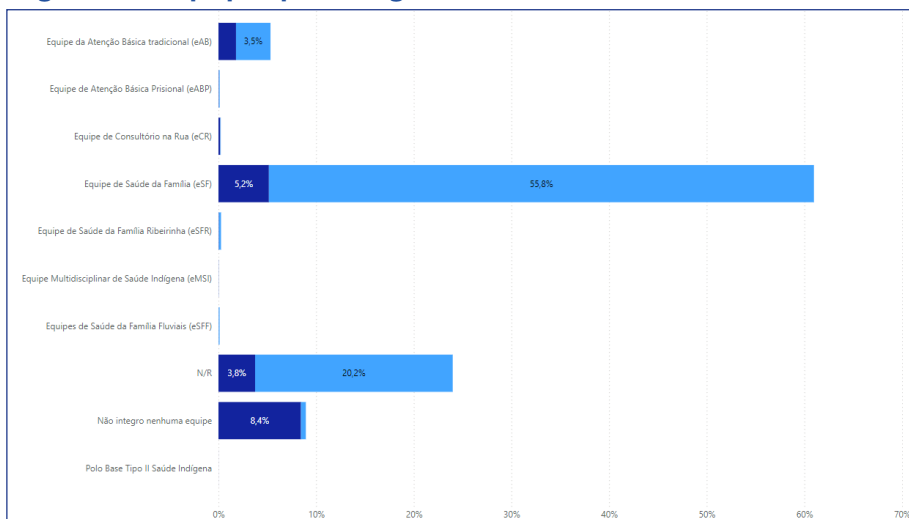


Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil



Em sequência, a figura 16 demonstra que a maior parte de ambas as categorias profissionais integra, na Atenção Primária à Saúde, a equipe de Saúde da Família (eSF). Os ACE representaram 5,2% (750) e os ACS, 55,8% (8.109). Um número importante a ser destacado é a porcentagem de 8,4% (1.227) de ACE que não integram nenhuma equipe.

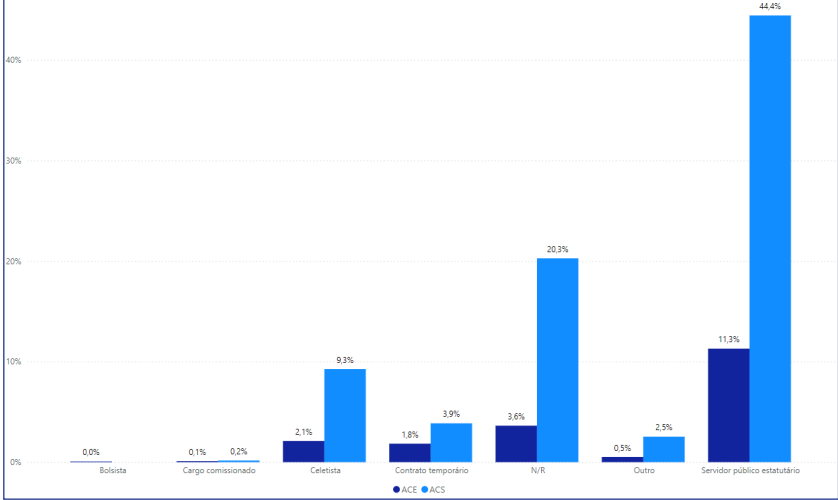
Figura 16. Equipe que integra na APS?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

A figura 17 demonstra que a maior parte das duas categorias profissionais presentes no estudo consistia em servidores públicos estatutários, representando 11,3% (1.640) dos ACE e 44,4% (6.454) dos ACS. Em seguida, surgem os celetistas, que corresponderam a 2,1% (306) dos ACE e 9,3% (1.345) dos ACS. Aqueles que possuem vínculo de trabalho a partir de contrato temporário são 1,8% (267) entre os ACE e 3,9% (561) entre os ACS. Esses resultados estão em desacordo com a pesquisa de Almeida, Baptista e Silva (2016), visto que, na referida pesquisa, o modelo de contratação é, em sua maioria, temporário, fugindo da predominância do vínculo de trabalho evidenciado na presente pesquisa.

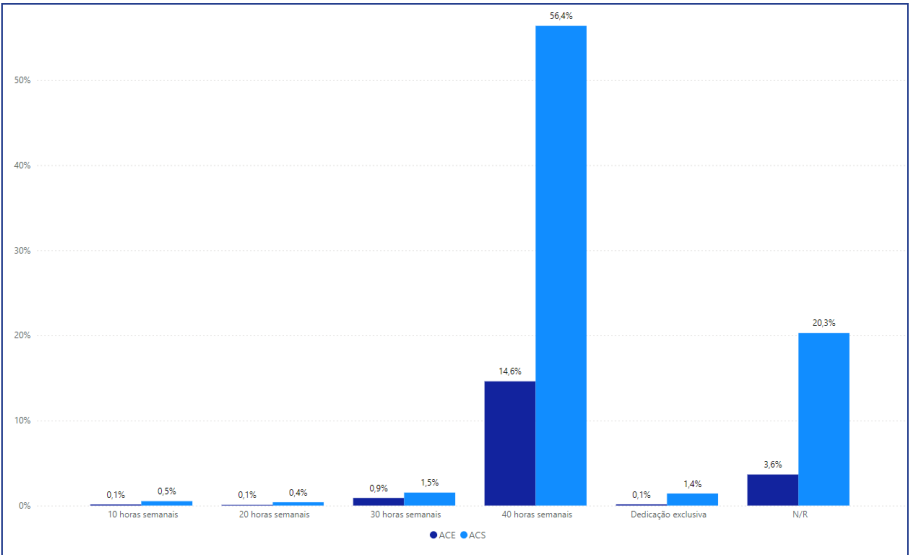
Figura 17. Tipo de vínculo de trabalho



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Quanto à jornada de trabalho, com base no que pode observar na figura 18, percebem-se semelhanças entre as categorias profissionais participantes do estudo, visto que 14,6% (2.121) dos ACE e 56,4% (8.191) dos ACS trabalham 40 horas semanais, tal como preconiza a Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018.

Figura 18. Jornada de trabalho como agente



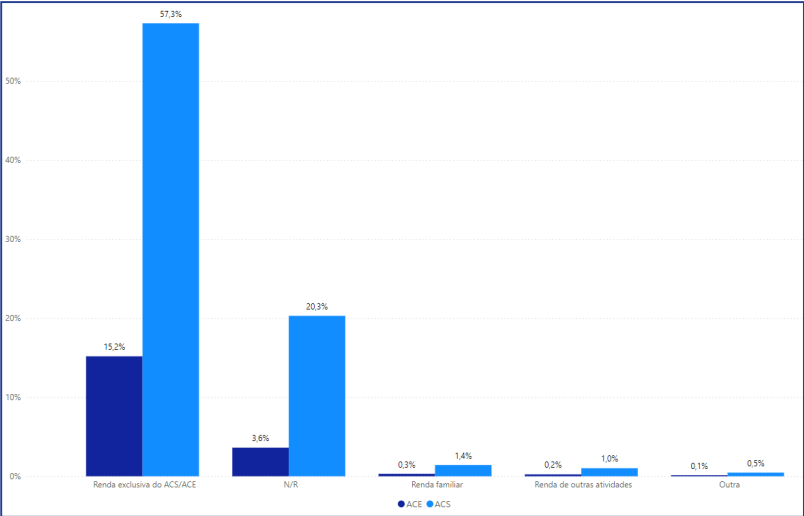
Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil





Quanto à fonte de renda, ambas as categorias profissionais, segundo a Figura 19, possuem renda oriunda exclusivamente da atividade desempenhada enquanto ACE e ACS, representando 15,2% (2.205) dos ACE e 57,3% (8.326) dos ACS.

Figura 19. Renda principal

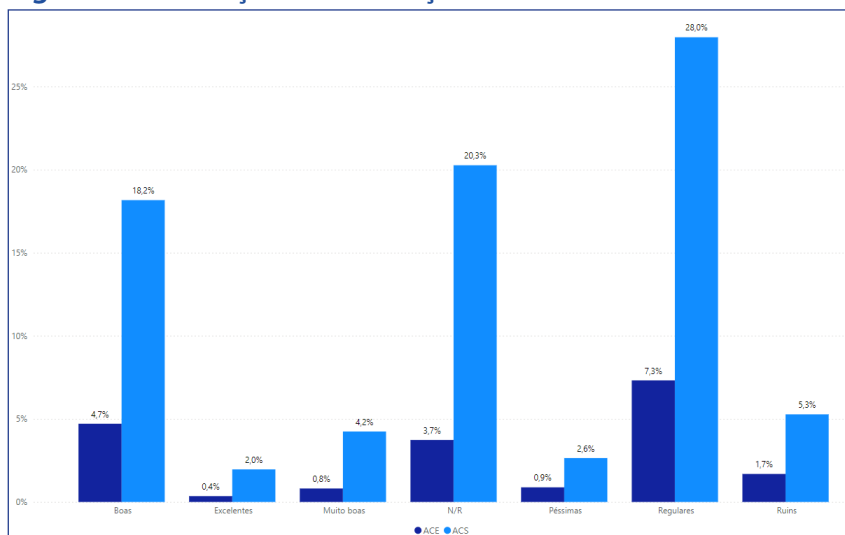


Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

A partir da Figura 20, é possível reconhecer que as condições de trabalho nas UBS/Estratégia Saúde da Família necessitam de mudanças centrais e estratégicas de maneira que contribuam para a efetividades das atividades desenvolvidas por ACE e ACS, no seu cotidiano de trabalho. A maior parte dos integrantes da pesquisa consideram as condições de trabalho regulares, correspondendo a 7,3% (1.063) dos ACE e 28% (4.063) dos ACS. Seguida daqueles que consideram as condições de trabalho boas, representando 4,7% (684) dos ACE e 18,2% (2.639) dos ACS. Apenas 0,9% (128) dos ACE e 2,6% (384) dos ACS consideram as condições de trabalho péssimas.



Figura 20. Avaliação das condições de trabalho na UBS/ESF?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Sob o aspecto qualitativo, os agentes comunitários de saúde revelam seus desafios, suas dificuldades, a importância do trabalho em equipe e a facilidade de usar a mediação tecnológica no dia a dia dos serviços:

Está difícil para a gente e está difícil para a enfermeira trabalhar com a estratégia, porque eu não sei se é por conta da pandemia. Eu não sei te falar, mas eu não vejo mais a nossa unidade como [...], uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, eu vejo como unidade básica porque a enfermeira não tem mais tempo para o agente, o técnico de enfermagem não tem mais tempo para o agente, o médico não tem mais tempo para o agente. (ACS_CO_MS_01).

Temos uma equipe que a UBS que eu estou vinculada é uma equipe muito boa. Trabalha muito em parceria. Mas a gente tá, nesse período agora, com dificuldade, porque nós estamos com a nossa UBS fechada. (ACS_NE_MA_01).

A gente trabalha em grupo. Se eu tenho uma dúvida, eu vou com eles, com a enfermeira, com o médico, com a técnica também, pra me ajudar. E o YouTube me ajuda muito, o Google também, qualquer dúvida eu vou lá e puxo. (ACS_N_AM_01).



Bom, eu tive sorte nessa equipe que eu trabalhava, a minha equipe trabalha junto, se fazia o trabalho conjunto com a equipe [...]. Ações de monitoramento, dentro da comunidade, para fazer o trabalho de toda a equipe, todas as categorias, médico, enfermeiro, técnico, agente de saúde, se realizava ações de prevenção dentro da comunidade, dentro das escolas, todos juntos, então, assim, que fazer, é uma maneira de trabalhar que a gente conseguia usar em qualquer comunidade também. (ACS_S_RS_01).

Os resultados do presente estudo seguem na mesma direção da pesquisa desenvolvida por Almeida, Baptista e Silva (2016), em que os participantes se sentem desmotivados em virtude de condições de trabalho muitas vezes precarizadas, com falta de insumos básicos e recursos humanos limitados para atender às necessidades da população.

A precarização do trabalho também é reconhecida na pesquisa conduzida por Nogueira (2019), que ressalta a falta de proteção individual, como protetores solares, oferta reduzida de formação técnica profissional e dificuldade em receber valores referentes à insalubridade.

A Tabela 6, apresentada a seguir, representa um compilado das informações analisadas no Bloco 3.

Tabela 6. Distribuição de frequência de trabalho, salário e renda dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias participantes da pesquisa

N= 14528	ACE		ACS		TOTAL	
Variável	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Tempo de trabalho na APS/ESF						
menos de 5 anos	486	3,3%	1092	7,5%	1578	10,9%
5 a 10 anos	576	4,0%	1579	10,9%	2155	14,9%
11 a 15 anos	569	3,9%	1835	12,6%	2404	16,5%
16 a 20 anos	409	2,8%	2239	15,4%	2648	18,2%
21 a 29 anos	252	1,7%	2029	14,0%	2281	15,7%
Não respondeu	539	3,7%	2923	20,1%	3462	23,8%

Equipe que integra na APS						
Equipe da Atenção Básica tradicional (eAB)	261	1,8%	513	3,5%	774	5,3%
Equipe de Atenção Básica Prisional (eAP)	7	0,0%	11	0,1%	18	0,1%
Equipe de Consultório na Rua (eCR)	26	0,2%	6	0,0%	32	0,2%
Equipe Saúde da Família (eSF)	750	5,2%	8109	55,8%	8859	61,0%
Equipe Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)	7	0,0%	31	0,2%	38	0,3%
Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (eMSI)	3	0,0%	1	0,0%	4	0,0%
Equipe de Saúde da Família Fluviais (eSFF)	4	0,0%	13	0,1%	17	0,1%
Polo Base Tipo II Saúde Indígena	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Não integro nenhuma equipe	1227	8,4%	73	0,5%	1300	8,9%
Não respondeu	545	3,8%	2940	20,2%	3485	24,0%
Tipo de vínculo de trabalho						
Bolsista	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Cargo comissionado	15	0,1%	24	0,2%	39	0,3%
Celetista	306	2,1%	1345	9,3%	1651	11,4%
Contrato temporário	267	1,8%	561	3,9%	828	5,7%
Servidor público estatutário	1640	11,3%	6454	44,4%	8094	55,7%
Outro	75	0,5%	368	2,5%	443	3,0%
Não respondeu	527	3,6%	2945	20,3%	3472	23,9%
Jornada de trabalho como agente						
10 horas semanais	19	0,1%	75	0,5%	94	0,6%
20 horas semanais	11	0,1%	58	0,4%	69	0,5%
30 horas semanais	129	0,9%	221	1,5%	350	2,4%
40 horas semanais	2121	14,6%	8191	56,4%	10312	71,0%
Dedicação exclusiva	21	0,1%	206	1,4%	227	1,5%





Não respondeu	530	3,6%	2946	20,3%	3476	23,9%
Renda principal						
Renda familiar	45	0,3%	207	1,4%	252	1,7%
Renda exclusiva do ACE/ACS	2205	15,2%	8326	57,3%	10531	72,5%
Renda de outras atividades	35	0,2%	148	1,0%	183	1,2%
Outra	20	0,1%	67	0,5%	87	0,6%
Não respondeu	526	3,6%	2949	20,3%	3475	23,9%
Condições de trabalho na UBS/ESF						
Excelentes	51	0,4%	285	2,0%	336	2,3%
Muito boas	118	0,8%	616	4,2%	734	5,1%
Boas	684	4,7%	2639	18,2%	3323	22,9%
Regulares	1063	7,3%	4063	28,0%	5126	35,3%
Ruins	245	1,7%	766	5,3%	1011	7,0%
Péssimas	128	0,9%	384	2,6%	512	3,5%
Não respondeu	542	3,7%	2944	20,3%	3486	24,0%

Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

BLOCO 4: PRÁTICAS COLETIVAS NA UBS/ESF

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reeditada e publicada em 2017, preconiza:

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas. (Brasil, 2017, p. 27)

Conforme as Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Vigilância em Saúde, a integração entre essas ações é essencial para o atendimento das reais necessidades de saúde da população. Nesse sentido, o trabalho conjunto e complementar entre os ACE e os ACS, em uma base territorial comum, é estratégico e desejável para identificar e intervir oportunamente nos problemas de saúde-doença da comunidade, facilitar o acesso da população às ações e aos serviços de saúde e prevenir doenças (Brasil, 2019).



Aqui, procuramos analisar as práticas coletivas e individuais desenvolvidas por esses profissionais em seus territórios de atuação. Logo, é importante compreender que na saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços a ser ofertada pelo Estado para todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. Sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautam-se pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988 (Gondim; Monken, 2009).

A tabela e figura abaixo apresentam um conjunto de práticas coletivas desenvolvidas pelos ACS e pelos ACE participantes da pesquisa, no cotidiano de trabalho e nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do território de atuação.

Tabela 7. Distribuição de frequência de atividades realizadas com a comunidade e a equipe: Atuação no território dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias participantes da pesquisa

Variável	ACE		ACS		TOTAL	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Nas práticas cotidianas, atividades realizadas com a comunidade e a equipe: Atuação no território						
Participa dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro das famílias.	449	3,1%	7730	53,2%	8179	56,3%
Realiza diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atua.	623	4,3%	4259	29,3%	4882	33,6%
Desenvolve atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território durante as visitas domiciliares.	1165	8,0%	6916	47,6%	8081	55,6%
Realiza visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população.	1230	8,5%	7712	53,1%	8942	61,6%



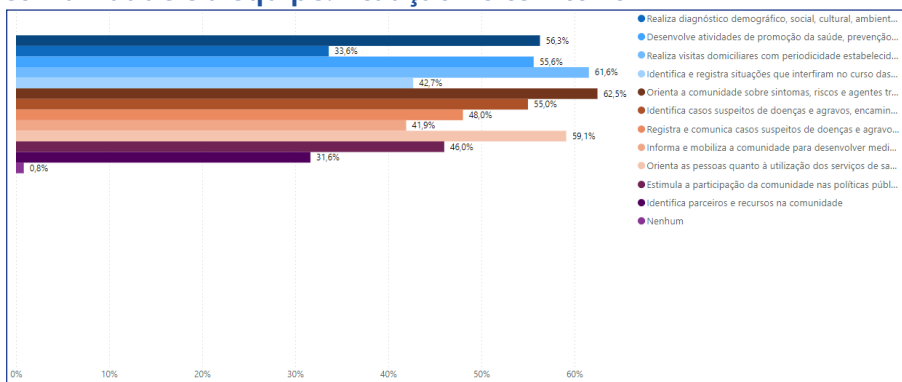


Identifica e registra situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais.	952	6,6%	5248	36,1%	6200	42,7%
Orienta a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva.	1576	10,8%	7501	51,6%	9077	62,5%
Identifica casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhando os usuários para a unidade de saúde de referência.	817	5,6%	7175	49,4%	7992	55,0%
Registra e comunica casos suspeitos de doenças e agravos à autoridade de saúde responsável pelo território.	729	5,0%	6248	43,0%	6977	48,0%
Informa e mobiliza a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras técnicas para o controle de vetores.	1092	7,5%	4988	34,3%	6080	41,9%
Orienta as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.	1576	10,8%	7501	51,6%	9077	62,5%
Estimula a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde.	718	4,9%	5967	41,1%	6685	46,0%
Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros.	423	2,9%	4173	28,7%	4596	31,6%
Nenhum.	99	0,7%	22	0,2%	121	0,8%

Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil



Figura 21. Nas práticas cotidianas, atividades realizadas com a comunidade e a equipe: Atuação no território



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

A partir dos resultados evidenciados, constata-se que as práticas coletivas desenvolvidas pelos ACS e ACE participantes da pesquisa, nos territórios com maior frequência são aquelas relacionadas à “orientação à comunidade sobre sintomas, riscos, agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva”, representando 62,5% (9.077) dos participantes deste estudo. Em seguida, a “orientação às pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis” obteve o mesmo percentual: 62,5% (9.077) dos participantes. A “realização de visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população”, foi atribuída por 61,6% (8.942) dos profissionais participantes deste estudo.

Ao analisarmos a atuação dos ACE participantes da pesquisa de maneira individualizada e, de acordo com a Tabela 7, é possível observar que as atividades realizadas com a equipe e a comunidade em que se evidenciaram maior predominância foram: “orientação da comunidade sobre sintomas, riscos, agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva”, com participação 10,8% (1.576) dos profissionais. A “orientação às pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis” obteve o mesmo percentual e apresenta-se como a segunda atividade mais desenvolvida pelos ACE, representando 10,8% (1.576) dos participantes.

A orientação da comunidade, por meio da divulgação de informações sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção coletivas e individuais, inclui-se dentre as atribuições do ACE, previstas a partir da Lei Federal nº 13.595, de janeiro de 2018 (Brasil, 2018a). A visita domiciliar é uma das principais ações desenvolvidas pelos ACE; tem caráter educativo e pressupõe a participação da população na



adoção de cuidados para a eliminação dos criadouros, bem como para a identificação de casos suspeitos das arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*, além do aconselhamento ao morador com suspeita de doença para busca oportuna de atendimento junto à Rede de Atenção à Saúde. A presença regular dos ACE nas residências em áreas prioritárias é uma importante medida para a promoção de informações que possam favorecer a mudança de comportamento. Vale ressaltar que as visitas domiciliares são precedidas de ações de planejamento, preparação e organização das atividades, e têm por base o território de atuação (Brasil, 2019).

Seguindo a ordem de frequência das ações coletivas no território, em terceiro lugar registra-se a “realização visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população”, sendo confirmada por 8,5% (1.230) dos ACE participantes da pesquisa.

De forma semelhante, ao analisarmos a atuação dos ACS participantes da pesquisa de maneira individualizada e, de acordo com a tabela 7, constata-se que as práticas coletivas desenvolvidas pelos ACS, nos territórios com maior frequência são aquelas relacionadas à “participação em processos de territorialização, mapeamento e cadastro das famílias,” sendo realizadas por 53,2% (7.730) dos profissionais participantes do estudo. A territorialização pode ser entendida como o processo de criação de territórios de atuação de unidades de Atenção Primária à Saúde.

A territorialização favorece a definição das áreas de atuação dos serviços de Atenção Primária, territorializando os serviços e cadastrando a população no seu interior, ou seja, realizando a adscrição da clientela. (Faria, 2013).

Ao afirmarem sua participação no processo de territorialização, os ACS realizam o seu fazer integrando a equipe de profissionais da Atenção Primária no desenvolvimento de ações que envolvem o mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos.

Concordamos com Paixão, *et al* (2023), quando ressaltam que a atual Política Nacional de Atenção Básica destaca o papel do ACS, no mapeamento do território, na coleta de dados sobre condições de vulnerabilidade e na vigilância epidemiológica ativa. Ainda no contexto da pandemia de covid-19, o papel dos ACS dentro do arcabouço da Atenção Primária à Saúde (APS) é realçado, uma vez que ele pode atuar na sensibilização da população sobre ações de saúde para mitigar o risco de comunidades pobres se tornarem grandes focos de disseminação.

A “realização de visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população,” registra um percentual de 53,1% (7.712) dos ACS participantes. Seguindo a ordem de frequência, destaca-se a “orientação à comunidade



sobre sintomas, riscos, agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva, representando 51,6% (7.501) dos ACS participantes da pesquisa.

Em estudos realizados por Andrade e Cardoso (2017) com usuários que recebiam a visita domiciliar dos ACS há pelo menos dois anos, e com profissionais que trabalhavam há pelo menos, um ano na Estratégia Saúde da Família em uma cidade do estado de São Paulo, os pesquisadores evidenciaram que os relatos dos participantes referendam o valor do ACS e apontam para um trabalho marcado por fazeres que denotam acolhimento, vínculo e cuidado. No que se refere às visitas domiciliares, os autores concluíram que as finalidades das visitas realizadas pelo ACS caracterizam-se como: informativa – engloba a coleta de informações a respeito dos usuários, especialmente sobre o estado de saúde deles e sobre as consultas e exames já realizados e os agendados; entrega a domicílio – entrega de diversos produtos e/ou serviços, a saber: agendamento de consultas e entrega de encaminhamentos, de receitas e de remédios, dentre outros; escuta – tem a finalidade de oferecer e permitir o acolhimento, a escuta e a construção de vínculos, possibilitando ao ACS a realização de um trabalho ampliado em comparação ao trabalho dos demais profissionais; e vigilância – caracteriza-se como o ato de fiscalizar o cumprimento das prescrições recebidas na unidade de saúde, incluindo também, a busca ativa aos usuários faltosos.

Sobre a vigilância em saúde, é válido destacar que, no contexto das visitas domiciliares, ela é uma ação a qual segundo Maciel *et al.* (2020), ao referenciarem Brasil (2020), tem sido apontada como a chave para minimizar danos e reduzir as mortes evitáveis em situações de emergência em saúde pública.

A tabela e a figura abaixo apresentam outras práticas na UBS realizadas pelos ACS participantes da pesquisa

Tabela 8. Distribuição de frequência de atividades realizadas com a comunidade e a equipe: outras práticas na UBS (ACS)

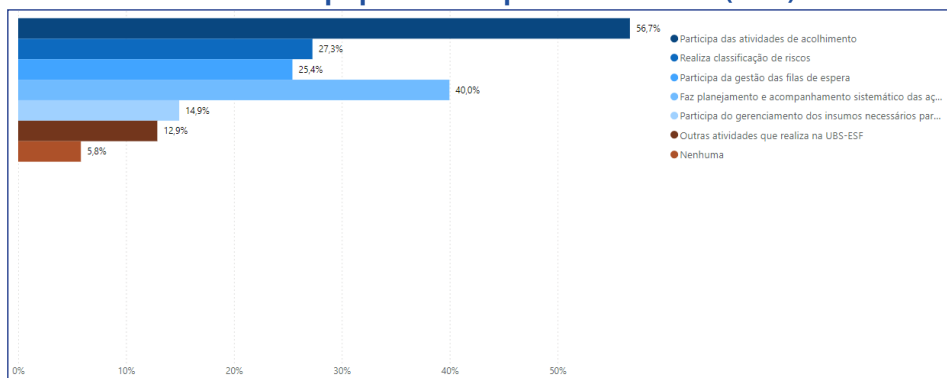
N= 11697	ACS	
Variável	Freq.	%
ACS - Nas práticas cotidianas, atividades realizadas com a comunidade e a equipe: Outras práticas na UBS		
Participa das atividades de acolhimento.	6633	56,7%
Realiza classificação de riscos.	3191	27,3%
Participa da gestão das filas de espera.	2974	25,4%



Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe.	4676	40,0%
Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde.	1746	14,9%
Outras atividades que realiza na UBS-ESF.	1509	12,9%
Nenhuma.	680	5,8%

Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Figura 22. Distribuição de frequência de atividades realizadas com a comunidade e a equipe: outras práticas na UBS (ACS)



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Os dados apresentados são compatíveis com as narrativas dos profissionais entrevistados pelo país:

Olha, a nossa equipe, como eu falei para você, que eu trabalho numa equipe de sete pessoas, e a nossa equipe, a gente trabalha com educação em saúde, né, que a gente leva as mensagens para as escolas, fábricas, a gente também trabalha nos terminais, quando é mês de certo agravo a gente vai para lá, vai divulgar o nosso trabalho. Estamos nas escolas, mas quando terminar... Mês de maio a gente vai ficar trabalhando nas escolas, todo dia, cada semana a gente tem quatro escolas para visitar. A gente trabalha também nas fábricas... trabalha nas UBS, a gente vai dar palestras nas UBS também com os funcionários, com o pessoal da limpeza. Inclusive, a gente trabalha com o checklist, né... explicando como é que é para fazer o trabalho, não deixar a céu aberto, né... tem que sempre que eliminar aqueles copos para não ter problema de dengue.

ACE_N_AM_01



Esse ano nós realizamos o Projeto Cidade Limpa, primeira etapa, e vamos realizar a segunda, a gente trabalhou em parceria com os ACS, onde a gente visitou residências, pontos estratégicos, lugares no caso abandonados, para a gente tentar eliminar os focos de dengue, criadouros do mosquito. Elaborei todo um projeto pra se apresentar nas escolas das crianças, os enfermeiros da Atenção Básica tanto rural, como urbana vão apresentar junto comigo o projeto de conscientização nas escolas com as crianças, porque as aulas voltaram recente, então decidi fazer um encaixe pra gente poder apresentar nas escolas a questão da conscientização com relação ao mosquito Aedes Aegypti. Também temos deixado informes com a rádio e para as redes sociais, a gente tem Instagram, Facebook também, a gente tá sempre divulgando nos grupos relacionados à saúde campanhas de conscientização. Sim, também, estou trabalhando em parceria com os enfermeiros da Atenção Básica no PSE. ACE_N_RO_01

É do nosso cotidiano fazer pelo menos uma atividade de educação em saúde por semana, aí a gente escolhe um tema, ou a gente fala pra mulheres, ou a gente fala para os adolescentes, ou para hipertenso, ou para diabético, aí a gente, a equipe decide o tema que vai falar. ACS_NE_AL_01

Trabalhamos saúde mental, saúde bucal e falar sobre os adolescentes, mulher. Saúde bucal, doença sexualmente transmitida, essas coisas assim a gente faz. A psicóloga do município é acompanhada com o nosso PSE. Vacina para as crianças a gente dá no colégio, a equipe vai para o colégio vacinar. ACS_NE_RN_01

BLOCO 5: PRÁTICAS INDIVIDUAIS NAS UBS/ESF NAS COMUNIDADES

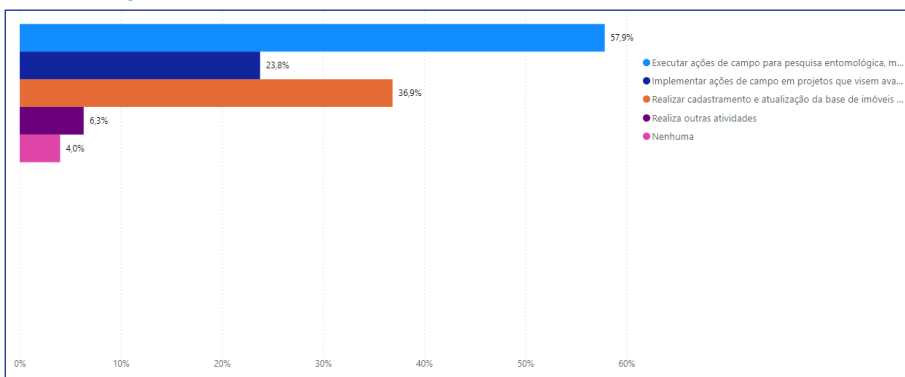
De acordo com a figura 23 e a tabela 9, as ações realizadas com maior frequência pelos ACE participantes da pesquisa são aquelas voltadas a “executar ações de campo para pesquisa entomológica (insetos), malacológica (moluscos) ou coleta de reservatórios de doenças, e ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental ou ações de manejo integrado de vetores”, representando 57,9% (1.638) dos profissionais. Na sequência, a prática de “realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, com atualização dos mapas de reconhecimento



geográfico” e a prática de “implementar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças” foram relatadas, respectivamente, por 36,9% (1.044) e 23,8% (673) dos ACE participantes da pesquisa.

De acordo com os resultados, evidenciou-se que apenas 4% (113) dos ACE não realizam nenhuma ação com frequência no cotidiano de suas práticas.

Figura 23. ACE - No cotidiano das práticas, que ações realiza com mais frequência



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Tabela 9. No cotidiano de suas práticas como ACE, que ações realiza com mais frequência?

Variável	N= 2831		ACE	
	Freq.	% Total		
ACE - No cotidiano das práticas, que ações realiza com mais frequência				
Executar ações de campo para pesquisa entomológica (insetos), malacológica (moluscos) ou coleta de reservatórios de doenças, e ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental ou ações de manejo integrado de vetores.	1638	57,9%		
Implementar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças.	673	23,8%		

Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, com atualização dos mapas de reconhecimento geográfico.	1044	36,9%
Outras atividades que realiza.	179	6,3%
Nenhuma.	113	4,0%

Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

No que diz respeito às narrativas dos ACE, o diálogo entre os resultados quantitativos e qualitativos aponta:

A atividade que a gente desenvolve geralmente não é todo ano sem ser a visita do campo, atividade a gente faz o manejo ambiental, não é sempre, também passa anos sem fazer, seria necessário no mínimo de seis em seis meses, porque o povo não tem consciência e joga lixo na cidade, o manejo é muito importante para isso, mas não é suficiente, as outras atividades, assim, em relação a essa questão, são só essas. ACE_CO_GO_01

Olha, nossas atividades, pela manhã, então a gente vai, eu reúno a equipe, distribuo a equipe em seus bairros. Ai depois eu vou lá na colega e a gente passa as informações que nós adquirimos no nosso dia a dia. A gente repassa para o morador e... às vezes os moradores querem informações, então eu procuro repassar o que eu sei, né, para a comunidade. E é assim que funciona. ACE_N_AP_01

A gente realiza atividades de prevenção, de promoção de saúde, como as pessoas podem se prevenir das doenças, quais são os focos dessas doenças e que a gente pode encontrar dentro da comunidade, e essas são umas das formas que nós trabalhamos, e principalmente levando informações de como se prevenir e repassando também para a unidade de saúde tudo o que está acontecendo. ACS_N_AC_01

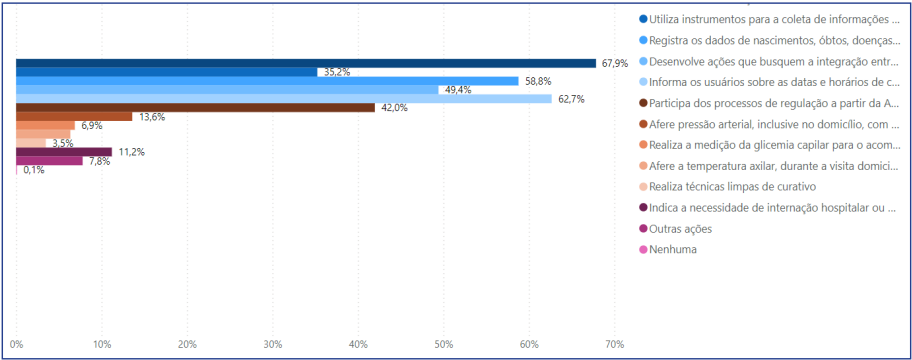
Realizo a visita, né, todo dia, né, que eu vou numa casa, e se precisar eu vou até mais vezes, também aqui no setor a gente faz – eu realizo as pesagens do Bolsa Família, pesa as crianças do Bolsa Família, faz palestra com as



mães, porque tem vezes que você não consegue ficar muito tempo numa casa, mas aí reúne elas numa igreja e faço uma palestra com elas do que está acontecendo no momento, e é assim meu trabalho. ACS_N_RO_01

De acordo com a Figura 24 e a Tabela 10, as ações realizadas com maior frequência pelos ACS participantes da pesquisa são aquelas voltadas a “adscrição (cadastro) de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastra todas as pessoas de sua área”, representando 67,9% (7.937) dos profissionais. Na sequência, a prática de “informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados” foi relatada por 62,7% (7.330) dos ACS participantes do estudo.

Figura 24. No cotidiano das práticas, que ações realiza com mais frequência (ACS)



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Tabela 10. No cotidiano de suas práticas como ACS, que ações realiza com mais frequência?

Variável	N= 11697		ACS	
	Freq.	% Total	Freq.	% Total
ACS - No cotidiano das práticas, que ações realiza com mais frequência				
Trabalha com adscrição (cadastro) de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastra todas as pessoas de sua área.	7937	67,9%		
Utiliza instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade.	4123	35,2%		



Registra, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético.	6876	58,8%
Desenvolve ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS.	5781	49,4%
Informa os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados.	7330	62,7%
Participa dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados.	6787	58,0%
Afere pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos.	1590	13,6%
Realiza a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica.	804	6,9%
Afere a temperatura axilar, durante a visita domiciliar.	743	6,4%
Realiza técnicas limpas de curativo.	407	3,5%
Indica a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa.	1311	11,2%
Outras ações.	911	7,8%
Nenhuma.	11	0,1%

Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Os achados corroboram com evidências apresentadas por Dias (2022). Em seus estudos, os participantes revelaram que suas atividades são essencialmente burocráticas, mesmo quando estão no território. As visitas in loco se restringem à mera adscrição e/ou entrega de receitas e marcação de exames.

Outros 58,8% (6.876) ACS participantes da pesquisa relataram que, no cotidiano de suas práticas, “registram, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantindo o sigilo ético”. Nesse sentido, o estudo de Lima, Fernandes e Caldeira (2022) sinalizou que as atividades



realizadas pelos ACS, estão ficando mais burocráticas, com enfoque em cumprir metas e coletar informações para os sistemas de informação.

Apenas 0,1% (11) dos ACS participantes da pesquisa relataram que não realizam nenhuma ação com frequência no cotidiano de suas práticas individuais, e 7,8% (911) relataram praticar outras ações. Dentre as ações informadas, a “realização de técnicas limpas de curativo” foi aquela indicada com menor frequência pelos participantes da pesquisa, representando 3,5% (407) dos ACS.

Pelo que se observa, entre as práticas individuais dos ACE e dos ACS nas UBS/ESF prevalecem as de prevenção e as de promoção da saúde. Desponta entre os profissionais a importância da consciência sanitária por parte das pessoas por eles assistidas, bem como a necessidade de obterem conhecimento para o efetivo compartilhamento de informações nos territórios visitados.

Por sua vez, a Tabela 11 consolida as atividades realizadas rotineiramente junto às famílias cadastradas, durante a visita domiciliar, pelos ACS, nas quais destacamos as cinco atividades de maior frequência: 67% (7.838) dos ACS realizam o cadastro das famílias; 64,3% (7.525) realizam a orientação ao pré-natal; 64,1% (7.501) orientam para a vacinação na unidade de saúde; 63,4% (7.414) realizam o encaminhamento das gestantes para o pré-natal na unidade de saúde e 62,7% (7.330) realizam o controle de hipertensão por meio da busca ativa dos casos.

Tabela 11. ACS - Atividades realizadas rotineiramente junto às famílias cadastradas, durante a visita domiciliar

Variável	ACS	
	Freq.	% Total
ACS - Atividades realizadas rotineiramente junto às famílias cadastradas, durante a visita domiciliar		
Orientação ao Planejamento Familiar	6897	59,0%
Orientação ao Pré-natal	7525	64,3%
Atenção à Criança - Aleitamento materno	6965	59,5%
Atenção à Criança - Imunização	7300	62,4%
Atenção à Criança - Suplementação Alimentar	4862	41,6%
Controle de Hipertensão - Busca Ativa de Casos	7330	62,7%
Controle de Hipertensão - Diagnóstico precoce	5424	46,4%
Controle de Diabetes - Busca Ativa de Casos	6997	59,8%
Controle de IST - Investigação de contatos e aconselhamento de pacientes de risco	4387	37,5%



Controle de Hanseníase - Busca ativa de casos	5279	45,1%
Controle de Hanseníase - Tratamento	4196	35,9%
Controle de Tuberculose - Busca ativa de casos- Diagnóstico	5205	44,5%
Controle de Tuberculose - Tratamento	4327	37,0%
Ações de Vigilância Epidemiológica - Notificação Compulsória de Doenças	3522	30,1%
Ações voltadas para o Idoso	5462	46,7%
Cadastrar famílias	7838	67,0%
Peso das crianças	6122	52,3%
Identificar risco nutricional	5166	44,2%
Anotar peso no cartão da criança	4766	40,7%
Verificar situação vacinal das crianças	7265	62,1%
Orientar para vacinação na unidade de saúde	7501	64,1%
Orientar para o Aleitamento materno exclusivo	6823	58,3%
Orientar uso de reidratação oral	5429	46,4%
Orientar e detectar precocemente complicações das IRAS	3761	32,2%
Identificação de gestantes	7319	62,6%
Encaminhar gestantes para pré-natal na unidade de saúde	7414	63,4%
Acompanhar mensalmente realização do pré-natal	6898	59,0%
Verificar situação vacinal da gestante	7130	61,0%
Identificar situação de risco	6173	52,8%
Orientar gestantes para o preparo do aleitamento materno	5603	47,9%
Orientar para realização de exame preventivo de câncer cérvico uterino e de mamas	6897	59,0%
Orientar sobre prevenção de IST/ AIDS	6277	53,7%
Identificar situações de risco para família	6064	51,8%
Orientar sobre cuidados com a água de consumo (filtro, fervura, uso de hipoclorito	6334	54,2%
Orientar sobre destino de lixo e dejetos	6114	52,3%
Promover reuniões comunitárias	3774	32,3%
Orientar sobre a utilização dos serviços de saúde da área de abrangência	6108	52,2%
Orientar para prevenção de hanseníase e tuberculose	5339	45,6%
Orientar para prevenção de diabetes e hipertensão	6860	58,6%
Ações voltadas para os adolescentes	3988	34,1%



Promoção da Saúde bucal	4670	39,9%
Orientações sobre a covid-19	6652	56,9%
Nenhuma	18	0,2%

Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

BLOCO 6: INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Para buscar, encontrar, interpretar e avaliar informações em saúde, Busse *et al.* (2022) afirmam que é necessária a alfabetização em saúde. Porém, os autores ressaltam que, se as pessoas precisam utilizar informações disponíveis na internet e suas diversas mídias e fontes, então elas necessitam de letramento digital em saúde, que os autores denominam *digital health literacy*.

A tecnologia, que tem avançado a cada minuto, nos indica a necessidade de uma formação diferenciada dos profissionais de todas as áreas. A competência em informação (Colnfo) e a competência midiática são necessárias e tornaram-se um diferencial importante para o enfrentamento dos desafios de comunicação na atualidade. A exemplo de competência, atitude e prática (CAP) na saúde, na ciência da informação estudos apontam que a Colnfo pode ser medida a partir de três dimensões complementares e que indicam diferentes graus de desempenho: conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA), atualmente integrados à noção de valores e ética no uso da informação (CHAVE).

No campo da saúde coletiva, esse desenvolvimento de competências é estratégico e necessário como um atributo obrigatório aos profissionais e aos gestores. Portanto, devem-se considerar a importância da Colnfo para os profissionais da saúde coletiva, e a necessidade do aprimoramento de ações de formação dirigidas ao setor, notadamente no Brasil. Segundo Alves (2023), em recente pesquisa que relaciona a competência em informação com a capacidade de governança:

A Colnfo prepara a pessoa para conhecer as suas necessidades informacionais, a detectar quais inputs são necessários para investigar o tema em questão, seja para resolver um problema ou para tomar uma decisão; conduz esse indivíduo a buscar informações nos mais variados aparatos midiáticos e discernir entre as informações que estão ao seu dispor, em um processo constante de aquisição e compartilhamento de conhecimento. Essa competência é, ao mesmo tempo, impulsionadora e meio para a construção de conhecimento e compartilhamento

de informação, tornando a pessoa autônoma e capaz de solucionar as questões que estão a sua volta de maneira assertiva. (Alves, 2023, p. 88)

Por fim, as ações de formação para a busca e o uso de informação com qualidade devem desenvolver a capacidade de organizar e selecionar as informações coletadas; para tanto, a oferta de capacitações específicas em Colnfo para auxiliar qualquer profissional a enfrentar os desafios que se impõem é uma ação estratégica. No contexto da saúde coletiva, os profissionais são mediadores importantes e precisam exercer os fatores-chave para cumprir seus objetivos, atendendo às necessidades e às expectativas da população:

A competência permite a mobilização de conhecimentos para que se possa enfrentar uma determinada situação, uma capacidade de encontrar vários recursos, no momento e na forma adequada. A competência implica uma mobilização dos conhecimentos, esquemas e recursos para desenvolver respostas inéditas, criativas e eficazes para problemas novos. A capacidade compreende que uma pessoa seja capaz de completar uma atividade por ter o conhecimento e o talento para tal, embora ainda necessite do processo de educação nesse sentido. As habilidades são inseparáveis da ação, mas exigem domínio de conhecimentos. Desta forma, as habilidades estão relacionadas ao saber fazer. A habilidade tende a dar uma perspectiva atual e a capacidade implica uma perspectiva futura. As atitudes estão ligadas ao agir, ao querer fazer e à ação. (Santos, 2015, p. 96)

Assim, a Colnfo é espaço de conexão da política pública e exige dos gestores uma estratégia de trabalho para a formação de equipes para “trabalharem” a informação em todos os contextos que refletem e envolvem o ambiente da saúde pública, incluindo os ambientes virtuais de informação.

Comunicação dos agentes com a comunidade

O espaço de atuação dos agentes se dá no território, na comunidade, na casa das pessoas. Parte importante para o desenvolvimento dessas atividades é o processo de comunicação desses profissionais com as famílias. O processo de comunicação dos agentes com a comunidade é essencial para o sucesso das ações de saúde e para a construção de uma relação de



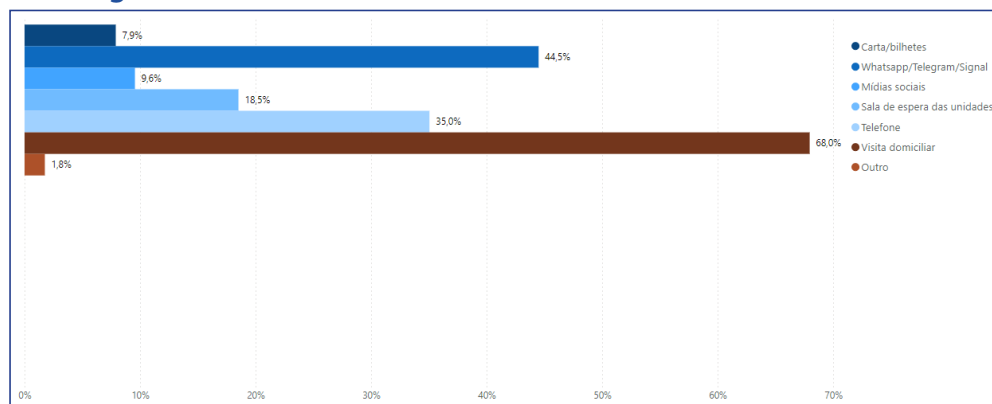
confiança. Esse processo pode ser dividido em etapas que envolvem a troca de informações, a educação em saúde e a mobilização comunitária.

A visita domiciliar (VD)

A visita domiciliar (VD) é fundamental na prática desses profissionais; é por meio delas que se identificam as necessidades individuais; é por meio delas que o agente conhece as necessidades de saúde específicas de cada família ou indivíduo em sua área de atuação. Isso possibilita a adaptação das orientações e os cuidados de acordo com as condições e a realidade de cada caso. Por meio da visita é possível criar um vínculo, é a oportunidade de estabelecer confiança com os membros da comunidade. Além de ser um espaço importante para a comunicação em saúde.

As visitas domiciliares são o principal meio de comunicação que os ACE e ACS participantes da pesquisa adotam para se comunicar com as famílias de seus territórios (68,0%). Em seguida, surgem alguns exemplos de mídias sociais, tais como WhatsApp, Telegram e Signal, que é utilizado por 44,5%. O telefone, a sala de espera das unidades e as mídias sociais também foram apontados como meios de comunicação, representando 35,0%, 18,5% e 9,6%, respectivamente. Apesar dos avanços tecnológicos, as cartas e os bilhetes ainda são utilizados como ferramentas de comunicação com o território, correspondendo a 7,9%, como pode ser observado na figura abaixo e na tabela 12, ao final do bloco 6.

Figura 25. Como se comunicam com as famílias do território



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Em relação à visita domiciliar, é durante essa atividade que o acolhimento e o vínculo são estabelecidos e fortalecidos, ressaltando a possibilidade do profissional de, na visita domiciliar, construir um diálogo, conhecer as necessidades das famílias e auxiliar na resolutividade dos

problemas encontrados. É na visita domiciliar que surge a possibilidade de incentivar a independência da comunidade e das famílias quanto à sua própria produção de saúde (CARLI, 2014).

A visita domiciliar representa um campo prático fundamental para o ACS, desafiando-os a identificar elementos que facilitem sua integração na dinâmica familiar. O conhecimento aprofundado que o ACS adquire sobre os usuários e as necessidades individuais é construído principalmente por meio de uma escuta ativa, permitindo o estabelecimento de um vínculo sólido que, por consequência, aprimora significativamente o processo de assistência oferecido e a criação de espaços de comunicação em saúde (Guedes, 2013).

A nossa comunicação é bem direta com os moradores e com as famílias. A gente chegar na forma presencial mesmo, diante da família, aí quando chegamos para conversar muitas das vezes tem aquele anseio de não querer conversar, a gente começa a explicar, explicar tudo, a gente consegue, aquela comunicação direta.
ACE_N_AC_01

As visitas estabelecem um ambiente propício para uma comunicação mais próxima e confiável entre os ACS e os membros da comunidade, como observado na fala do ACE_N_AC_01. Isso facilita a troca de informações e aumenta a receptividade das mensagens de saúde.

A comunicação implica a troca de informações entre os participantes, utilizando a linguagem oral, escrita ou gestual, e recorrendo a sistemas convencionais de sinais e símbolos; ela é uma prática social que surge da interação entre indivíduos, podendo ser expressa de forma verbal ou não verbal. Como exemplo, há a comunicação estabelecida entre os agentes e as famílias do território durante as visitas domiciliares (Costa, 2020).

A atuação dos agentes revela-se fundamental para compreender a realidade das famílias, promovendo um senso de responsabilidade e tornando-se uma referência naquela comunidade. O foco do agente é melhorar as condições de saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida da população (Carli, 2014).

As visitas domiciliares representam um espaço prático para os ACS, desafiando-os a integrarem-se à dinâmica familiar. O conhecimento aprofundado sobre os usuários e suas necessidades é construído principalmente por meio de uma escuta ativa, estabelecendo-se um vínculo que aprimora a assistência oferecida. Portanto, é no contexto de visitas domiciliares que surgem as oportunidades para o fortalecimento de abordagens mais humanizadas, pois é nesse cenário de interação e diálogo





que se constroem bases para a relação entre o usuário e o profissional de saúde (Guedes, 2013).

Segundo Carli (2014), a inserção do ACS permite conhecer a realidade de vida das famílias, fazendo com que ele se sinta responsável por aquela área e se torne alguém de referência. Assim, o agente trabalha em prol da população, buscando melhorar as condições de saúde, refletindo sobre a qualidade de vida, (Carli, 2014). A VD é um momento importante da atuação dos agentes, em que é possível estabelecer vínculos, além de incentivar a consciência sanitária da população

Mídias sociais

As mídias sociais apareceram em segundo lugar como a segunda forma mais utilizada pelos agentes para se comunicarem com as famílias de seu território. O uso dessas mídias está cada vez mais presente no cotidiano das pessoas, de acordo com os dados da pesquisa publicada pelo We Are Social em, outubro de 2023. A Terra tem 8,06 bilhões de pessoas; em comparação com o mesmo período do ano passado, o aumento foi de 72 milhões, ao longo de 12 meses. Há 5,06 bilhões de telefones móveis, o que equivale a 69,4% da população mundial; há 5,30 bilhões de indivíduos usando a internet, o que representa 65,7% da população; e, ainda, há 4,95 bilhões de contas ativas em mídias sociais, o que representa 61,4% da população da Terra (We Are Social, 2023).

Os dados da pesquisa publicada em fevereiro apontam que o Brasil tem 215,8 milhões de pessoas, com 221 milhões de celulares conectados, o que equivale a 102% da população do país. Além disso, o país tem 181,8 milhões de usuários de internet, o que representa 84% da população; e 152,4 milhões de contas ativas em mídias sociais, o que representa 70% da população (We Are Social, 2023).

Ao se analisar o tempo que as pessoas passam conectadas, notou-se um aumento de quatro minutos na atividade diária nos últimos 12 meses. Os brasileiros ocupam o segundo lugar com maior tempo on-line, ficando conectados em média 9 horas e 32 minutos por dia – menos que a população da África do Sul, que fica 9 horas e 38 minutos. (We Are Social, 2023).

No que tange ao uso de mídias sociais, o tempo que cada usuário brasileiro gasta nas mídias é de 28h12m por mês no WhatsApp, 22h por mês no YouTube, 15h54m por mês no Instagram e 12h18m por mês no Facebook (We Are Social, 2023). Esse cenário digital evidencia o quanto a população está cada vez mais no mundo virtual. Essa conexão permite que a população acesse e publique informações de maneira mais rápida; porém, não fomos ensinados a buscar, traduzir e selecionar informações on-line, principalmente sobre saúde.



Tem localidade aqui com 130 quilômetros. Antigamente não tinha internet, não funcionava nada e a comunicação era através de papel mesmo, mandava um papel, escrevendo. Agora em questão de uns dois anos para cá, três anos para cá chegou a energia e depois chegou internet, agora a gente conversa por WhatsApp, né. Pessoal deu febre, deu dor de cabeça, aí manda para a gente, e a gente prontamente arruma aqui e vamos lá ver que que está acontecendo. ACE_N_PA_01

Essa comunicação desse jeito funciona, através do WhatsApp, o Facebook abrange mais gente, né, só que no WhatsApp eu falo com a minha comunidade que eu visito e, quando eles têm alguma dúvida, eles já mandam mensagens para mim, só eu que falo com eles, mas quando eles precisam falar comigo eles mandam no meu particular, eles não falam pra todo mundo saber, eu acho que facilita demais. ACS_CO_GO_01

Faço visita domiciliar, mas depende do local que não é da nossa área, mas é de outra área. A respeito de recados, exames ou de preventivo, no geral, comunico quando a doutora não está, já está agendada a consulta, a gente utiliza o telefone. Mas às vezes não dá certo, aí a gente vai no endereço para avisar. ACS_CO_MT_01

Entre os ACE e os ACS, o uso do WhatsApp na comunicação com a comunidade surgiu em segundo lugar e como um facilitador das ações desses profissionais, principalmente para minimizar as distâncias, como evidenciado na fala do ACE_N_PA_01.

O uso das mídias sociais no trabalho dos ACE tem se tornado uma ferramenta útil por várias razões; elas permitem, por exemplo, que os ACE compartilhem informações sobre prevenção, controle e combate às endemias, educando a comunidade sobre medidas preventivas e os sinais de alerta das doenças. Essas plataformas oferecem um alcance mais amplo, chegando a muitas pessoas de forma rápida e eficiente. Isso é especialmente útil para alertas de surtos, campanhas de vacinação e instruções de segurança em saúde.

Quanto às tecnologias de informação e comunicação utilizadas no trabalho dos ACE, em um estudo realizado por Abreu (2021), ele encontrou que:





Cerca de n=47 (46,5%) ACE informaram que usufruem dos recursos cedidos pelas UBS, enquanto, n=25 (24,8%) ACE preferiram utilizar seus aparelhos de uso pessoal. Os desktops e smartphones com sistema operacional Windows ou Android são os mais mencionados. Enquanto a internet, a rede Wireless (Wi-Fi) da própria UBS foi a mais citada para uso e, no geral, os ACE a consideraram com uma qualidade moderada. Por fim, n=76 ACE (75,2%) informaram que não utilizam ou não possuem TICs na UBS ou de uso pessoal. (Abreu, 2021, p. 427)

As mídias sociais tornam-se uma ferramenta cada vez mais relevante no trabalho dos ACE e dos ACS e são utilizadas para ações de educação em saúde, engajamento comunitário, alcance mais amplo e compartilhamento de recursos visuais que apoiam a tradução do conhecimento. Os agentes que participaram da pesquisa relataram usar as mídias, principalmente as plataformas WhatsApp e Facebook, como demonstra a fala do ACS_N_AC_01:

Nós temos uma relação muito boa, muito gratificante, as pessoas são muito gratas pelo pouco que a gente faz por eles, apesar de não temos suporte, nos comunicamos pessoalmente por meio de visitas domiciliares e por meio do uso de tecnologias da informação e comunicação, os grupos de WhatsApp, Facebook, essas mídias sociais, e até mesmo por ligação por celular a gente se comunica.
ACS_N_AC_01

Mensagens veiculadas em páginas do Facebook direcionadas a um grupo específico de pessoas estão em ascensão. O aumento do uso de plataformas como o Facebook, o Instagram e outras redes sociais, acessadas por meio de computadores e dispositivos móveis conectados à internet, tem expandido os cenários de comunicação e de construção de discursos. Isso também abre novas oportunidades para estratégias de vigilância em saúde. O uso desses sítios reproduz notícias de alcance e difusão, e, por vezes, é capaz de contribuir para a construção da cidadania e de um meio social mais justo e pacífico (Cunha, 2014).

As características do público nas redes do Facebook tendem a amplificar e legitimar discursos. Quanto ao uso dessa plataforma, podemos explorar casos de violência enfrentados pelos ACS que não foram oficialmente registrados, mas que foram compartilhados pelos próprios trabalhadores. É



importante destacar que a participação ativa dos trabalhadores é essencial em todo o processo de vigilância, já que eles detêm conhecimentos práticos e são capazes de evidenciar necessidades, situações e problemas de saúde decorrentes de suas atividades (Recuero, 2013).

Figura 26. Nuvem de palavras do processo de comunicação dos agentes com as famílias



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

A Figura 26 apresenta a nuvem de palavras da comunicação dos agentes com as famílias. As palavras em destaque foram “WhatsApp”, “comunicação”, “visita” e “telefone”, além de “dengue”, “famílias” e “pessoas”.

Comunicação dos agentes com a equipe

A comunicação envolve a troca de informação entre os interlocutores por meio da linguagem oral, escrita ou gestual, em sistemas convencionados de signos e símbolos. A comunicação pode ser entendida como prática social que advém da interação entre seres humanos, a qual pode ser verbal ou não verbal.

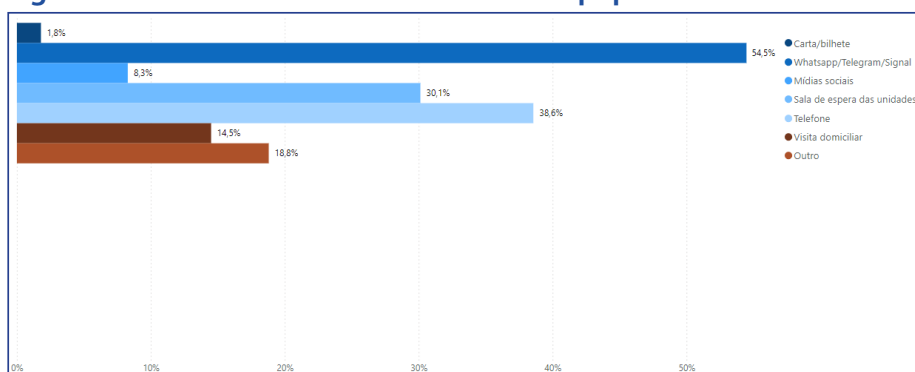
A comunicação deve ser dialógica, caracterizada por respeito, igualdade entre os interlocutores, liberdade e amor. Além disso, apenas o diálogo, que pressupõe um pensamento crítico, tem o poder de gerar tal comunicação, sendo sua ausência uma barreira intransponível. Freire amplia essa perspectiva ao afirmar que, sem a comunicação dialógica, a verdadeira educação torna-se impossível (Freire, 2014).

Dominique Wolton (2010) apresenta três razões principais para que a comunicação aconteça. A primeira delas é compartilhar, visto que as pessoas tentam se comunicar para compartilhar e trocar; a segunda é a sedução, inerente a todas as relações humanas e sociais; a terceira é

a convicção, ligada a todas as lógicas de argumentação utilizadas para explicar e responder a objeções. De acordo com Wolton, o conceito ideal de comunicação está intrinsecamente relacionado ao compartilhamento, aos sentimentos e ao amor. Ele afirma que essa configuração representa, sem dúvida, a condição em que a comunicação transcende o presente, revisita o passado e viabiliza o futuro (Wolton, 2018, p. 17).

Os aplicativos de troca de mensagens instantâneas são os canais de comunicação mais utilizado entre os agentes, correspondendo a 54,5%. Em seguida vem o telefone, com 38,6%. A sala de espera, a visita domiciliar e as mídias sociais também foram apontadas como meios de comunicação utilizados pelos agentes, representando 30,1%, 14,5% e 8,3%, respectivamente, como observado na figura abaixo.

Figura 27. Como se comunicam com as equipes



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

A comunicação dos agentes com a equipe de saúde desempenha um papel crucial no sistema de atenção à saúde. Essa interação é fundamental para garantir uma abordagem abrangente e eficaz no atendimento à comunidade. Como observado na Figura 28, integram esse processo de comunicação os profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Figura 28. Nuvem de palavras do processo de comunicação dos agentes com a equipe



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

As palavras “gente”, “equipe”, “grupo” e “WhatsApp” ficaram em destaque; além destas, surgiu também “comunicação”, “trabalho”, “médico”, “enfermeira”, “reunião”, “agente” e “colegas”, entre outros elementos que integram o processo de comunicação dos agentes com a equipe.

De modo geral, os agentes relataram que têm uma boa comunicação com a equipe e que a comunicação se dá por meio de grupos em aplicativos de troca de mensagens instantâneas

Tem o grupo com o nosso gerente, né, o gerente, que todas as informações são passadas nesse grupo, em reuniões qualquer coisa que passado nesse grupo, todos no mesmo grupo do WhatsApp, aí vai resolvendo as questões da vida, e em relação a- geralmente é só marcar reunião mesmo, essas coisas, nada de a gente se reunir. ACE_CO_GO_01

A equipe é relativamente boa, a gente tem a comunicação pessoalmente, telefone, WhatsApp, sempre estamos juntos ali, por ser uma equipe pequena não tem muito- às vezes existem algumas discordâncias, mas que nada profissionalmente não consegue ser resolvido de maneira geral, assim, é uma equipe muito boa de trabalho. ACE_S_PR_01



A comunicação com a equipe, ela ocorre frequentemente todos os dias, antes da gente ir a gente se reúne às 7 horas, a gente se comunica, passa informações, o que está acontecendo, troca informações do que está acontecendo dentro da nossa microárea, repassa informações de um para outro pra todos, quais são as doenças, o que se deve fazer, assim, a gente se ajuda um ao outro e assim como agente se reúne também com os outros membros da equipe. ACS_N_AC_01

Com a equipe a gente tem reuniões semanais e se comunica através das mídias sociais. ACS_NE_AL_01

Tem um grupo formado com o nome da UBS, e todos os integrantes dessa UBS estão no grupo. Todas as informações a enfermeira repassa para a gente, ou também antes da pandemia a gente se reunia, né, na própria UBS, quando tinha alguma coisa ela convocava a gente através do grupo. A gente geralmente ia também lá porque a gente precisa de estar levando, para alguma demanda. Para o médico, para a enfermeira, para o técnico. Então a gente tem muito esse contato próximo. Hoje a gente está sem a UBS, mas a coordenadora, ela criou, ela- hoje a gente tem o nosso grupo. A coordenadora faz parte, tem o assessor do secretário também. E tudo que tiver alguma coisa ela está sempre contatando com a gente. ACS_NE_MA_01

A comunicação é considerada uma dimensão essencial no contexto do trabalho conjunto. Sua eficácia, portanto, está atrelada à construção de relações interpessoais compartilhadas, refletindo as experiências vivenciadas e valorizando essas vivências como conhecimentos a serem compartilhados entre todos os membros. A ideia subjacente é que esses conhecimentos partilhados podem estimular o pensamento criativo de cada integrante da equipe (Peres, 2011).

No estudo realizado por Peres (2011), os ACS relataram que a falta de comunicação leva à desunião entre os profissionais da equipe, o que se pode observar na formação de subgrupos dentro da equipe, contribuindo para o distanciamento dos profissionais.

O desafio na comunicação reflete a organização e a estrutura da equipe (Bonet, 2005). Portanto, a comunicação eficiente dentro da equipe possibilita a distribuição de tarefas, mantendo o foco nos objetivos de trabalho e na especialidade de cada profissional. No entanto, realizar



conversas produtivas não é uma tarefa simples, uma vez que nesses momentos vêm à tona contradições, diferenças e expectativas não previamente explicitadas entre os membros da equipe (Fortuna, 2005).

Destaca-se que a comunicação entre os profissionais é um denominador comum do trabalho em equipe, decorrendo de uma relação recíproca entre trabalho e interação (Peduzzi, 2001).

A comunicação efetiva do ACS com a equipe de saúde é essencial para o funcionamento eficaz do sistema de atenção à saúde, garantindo uma resposta integrada e personalizada às necessidades da comunidade atendida. Essa colaboração promove uma abordagem holística no cuidado à saúde, refletindo positivamente na qualidade dos serviços prestados.

Fontes de informação

A popularização da internet e conseqüentemente a expansão do acesso à informação nos últimos 18 anos dentro do contexto mundial, conforme dados apurados pelo *We Are Social*, proporcionou um salto na produção e disseminação dos conteúdos publicados na Web. Com esse grande volume de informação disponível a um clique de distância, é necessário redobrar a atenção quanto à idoneidade das fontes utilizadas.

Segundo Moretti (2012), o mau uso de um conteúdo relacionado com a saúde pode, inclusive, gerar conseqüências letais aos usuários da internet (Moretti, 2012. p. 655). A internet atualmente passa a ter um papel de facilitadora na disseminação de informações, propiciando a qualquer indivíduo a possibilidade de produzir, publicar, compartilhar, interagir, e por conseqüência, tornar-se um formador de opiniões (Silva Filho, 2017).

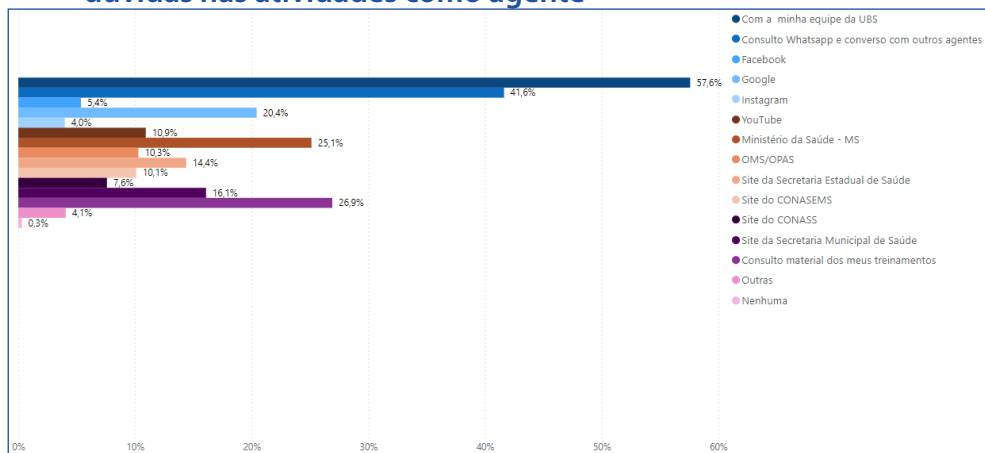
A equipe da UBS é a principal fonte de informação para os agentes esclarecerem as dúvidas sobre suas atividades diárias, com 57,6%; em seguida vêm a consulta ao WhatsApp e a conversa com outros agentes, com 41,6%. O Ministério da Saúde ficou em terceiro lugar, com 25,1%, e o Google em quarto lugar, com 20,4%. Os agentes citaram ainda mídias sociais como o Facebook e o Instagram, que ficaram com 5,4% e 4,0% respectivamente. A fala dos agentes corrobora o cenário encontrado na etapa quantitativa da pesquisa:

Faço a pesquisa nas redes sociais e diretamente com o gerente, aí geralmente podem me responder, senão eu vou para as redes sociais, para o Google, lá “e” vou pesquisar aqui para quando eu voltar eu poder responder para aquela pessoa que está querendo saber”. ACE_CO_GO_01
Quando tem alguma dúvida, eu vou lá e tiro. Então eu vejo alguma coisa na internet que fala muito a respeito e uma pessoa tem dúvida, eu vou lá, abro meu YouTube e deixo a pessoa assistir àquele vídeo. ACE_CO_MS_01



Eu tiro muitas dúvidas utilizando meu telefone, eu pesquiso no Google, para as pesquisas vou tirando as dúvidas dela, vou lendo, cada novidade que vai aparecendo eu estou lendo para elas, eu vou tirando do Google, das redes sociais mesmo. No Google em geral, eu procuro a fonte mais confiável e o que está acontecendo no momento, e busco a maior proximidade com a nossa realidade aqui do município para eu estar explicando isso para a população. ACE_N_AC_01

Figura 29. Principais fontes de informação utilizadas para tirar dúvidas nas atividades como agente



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

A obtenção de informações sobre saúde desempenha um papel crucial no desenvolvimento de estratégias para prevenção e para a promoção da saúde. Ter acesso a informações não é o bastante; é fundamental que essas informações sejam disseminadas para a população (Costa, 2022). Nesse contexto, a atuação dos agentes na ESF desempenha um papel essencial na democratização da informação, pois eles atuam diretamente na comunidade, facilitando o acesso e a compreensão das informações sobre saúde. Quando assimilada adequadamente, a informação produz conhecimento e é capaz de trazer benefícios para o indivíduo e para a comunidade na qual ele está inserido (Demo, 2005; Leite, 2014; Barreto, 1994).

Tudo que é novidade que eu vejo na internet e nas redes sociais eu converso com a minha enfermeira, eu já mando para ela, pra me ver se aquilo é realmente verdadeiro,

ou eu vou atrás de quem eu sei que realmente pode me informar mais dados sobre aquele assunto, pra mim depois ir passando para a frente. ACS_CO_GO_01

Utilizo com minha própria equipe, porque algo que às vezes muda, uma semana está de uma forma e na outra muda. ACS_CO_MT_01

As principais fontes de informações que nós utilizamos são buscas na internet, né, pesquisa em páginas, em artigos, coisas que são relacionadas com desempenhos das atividades de ACS, né, então a internet, as redes sociais, eles são uma das principais fontes que nós utilizamos. ACS_N_AC_01

Então, quando eu tenho dúvida em alguma coisa eu converso com a minha equipe, com a minha enfermeira, com o médico, e se eu não conseguir tirar a dúvida eu vou para a internet mesmo. ACS_NE_BA_01

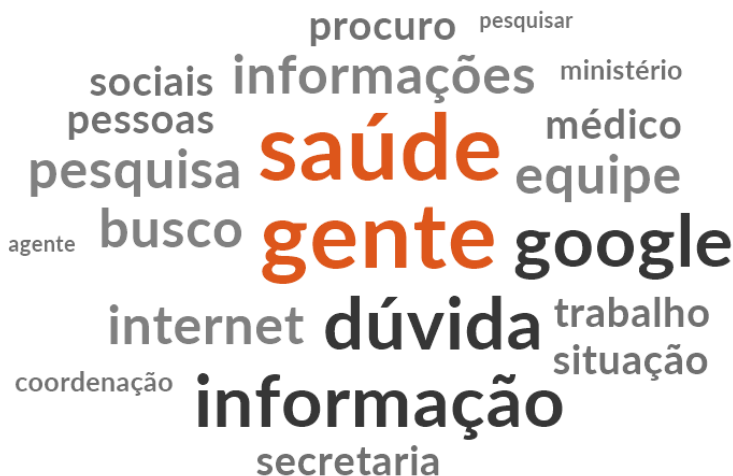
O conceito de qualidade da informação, conforme delineado por Varela (2007, p. 32), destaca-se como um elemento relevante para compreender sua importância, embora a definição de informação de qualidade proveniente de fontes nas mídias sociais seja complexa, considerando-se que todos podem desempenhar o papel de produtores de informações. A análise dos processos de produção de informações por meio do uso das mídias sociais, como indicado por Marteleto (2001), requer uma perspectiva diferenciada nas dinâmicas de poder, revelando uma organização sem hierarquia, capaz de gerar informações de forma espontânea.

A ausência de uma estrutura hierárquica pode sugerir uma liberdade de produção, em que opiniões pessoais, verdades individuais e até mesmo informações inventadas podem ser apresentadas como verdades absolutas e ganhar destaque nas mídias sociais. Esse fenômeno contemporâneo é comumente referido como a era da pós-verdade.

A busca por informação por parte dos agentes é uma etapa importante para a atenção à saúde da população. Essa busca é fundamental para garantir uma abordagem abrangente e eficaz no atendimento à comunidade. Como observado na Figura 30, as fontes de informações utilizadas por eles são várias.



Figura 30. Nuvem de palavras das fontes de informação sobre saúde utilizadas pelos agentes



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

As palavras “informação”, “dúvida”, “saúde”, “internet” e “Google” ficaram em destaque; além delas, surgiu também “Ministério”, “procurar”, “equipe”, “pesquisa” e “busco”, entre outros elementos que integram as principais fontes de informação utilizadas para tirar dúvidas nas atividades como agente.

Mídias sociais e o trabalho dos agentes

Ainda em se tratando de mídias sociais, os dados de outubro do We Are Social (2023) indicam que 48,9% da população brasileira de 16 a 64 anos afirmou fazer uso de mídias sociais para atividades relacionadas ao trabalho. A plataforma mais utilizada entre essas pessoas, é o WhatsApp, seguido do Instagram e do Facebook. Outra pesquisa recente realizada pela Poynter Institute¹ com apoio do Google, ouviu 8.500 pessoas nos Estados Unidos, Reino Unido, Alemanha, Nigéria, Índia e Japão, de 27 de junho a 20 de julho de 2022, sendo 1.177 delas no Brasil. Os grupos de entrevistados preocuparam-se em integrar, geracionalmente, a geração Z (com idade entre 18-25), os millennials (26-41), a geração X (42-57), os boomers (58-67) e a geração silenciosa (acima de 68).

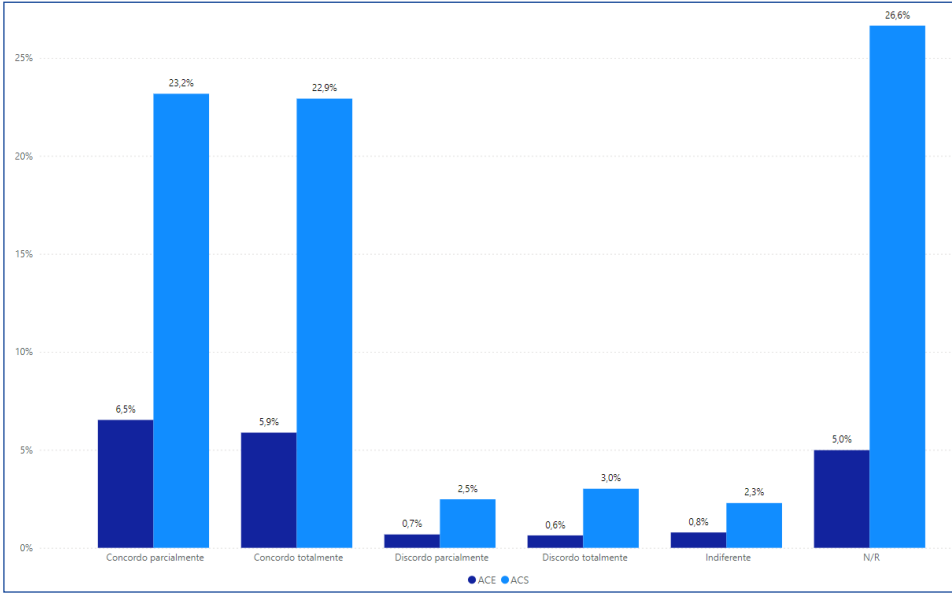
As mídias sociais como ferramentas utilizadas de forma a auxiliar os processos de trabalho de ambas as categorias profissionais. Nesse sentido, 6,5% e 5,9% dos ACE concordam parcialmente e totalmente com a afirmativa de que nas redes sociais podem se comunicar melhor

1 Disponível em: <<https://www.poynter.org/wp-content/uploads/2022/08/A-Global-Study-on-Information-Literacy-1.pdf>>. Acesso em: abr. 2023.



com outros agentes e tirar dúvidas, já os ACS, 23,2% e 22,9% concordam parcialmente e totalmente com a afirmativa, como pode ser observado na figura abaixo.

Figura 31. Nas redes sociais posso me comunicar melhor com outros agentes e tirar dúvidas?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

A fala dos participantes das entrevistas corroboram os achados na etapa quantitativa da pesquisa, como observado a seguir:

O grupo com o nosso gerente, né, o gerente que todas as informações são passadas nesse grupo, em reuniões, qualquer coisa que passado nesse grupo, todos no mesmo grupo do WhatsApp, aí vai resolvendo as questões da vida, e em relação a- geralmente é só marcar reunião mesmo, essas coisas, nada de a gente se reunir. ACE_CO_GO_01

A equipe é relativamente boa, a gente tem a comunicação pessoalmente, telefone, WhatsApp, sempre estamos juntos ali, por ser uma equipe pequena não tem muito -às vezes existem algumas discordâncias, mas que nada profissionalmente não consegue ser resolvido de maneira geral, assim, é uma equipe muito boa de trabalho. ACE_S_PR_01



A comunicação com a equipe, ela ocorre frequentemente todos os dias, antes da gente ir a gente se reúne às 7 horas, a gente se comunica, passa informações, o que está acontecendo, troca informações do que está acontecendo dentro na nossa microárea repassa informações de um pra outro pra todos, quais são as doenças, o que se deve fazer, assim, a gente se ajuda um ao outro e, assim, como agente se reúne também com os outros membros da equipe. ACS_N_AC_01

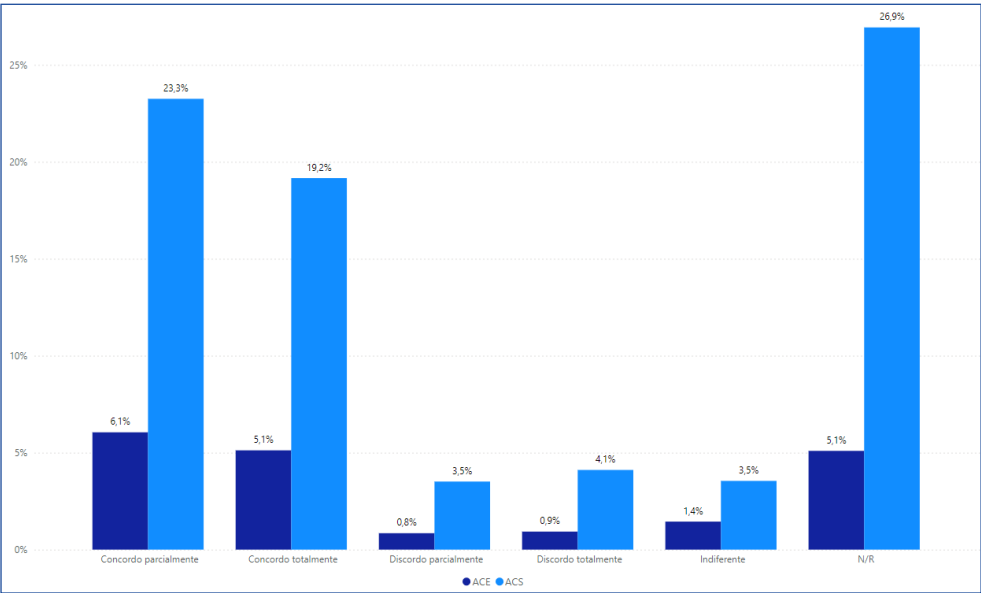
Com a equipe a gente tem reuniões semanais e se comunica através das redes sociais. ACS_NE_AL_01

Tem um grupo formado com o nome da UBS, e todos os integrantes dessa UBS estão no grupo. Todas as informações a enfermeira repassa para a gente, ou também antes da pandemia a gente se reunia, né, na própria UBS, quando tinha alguma coisa ela convocava a gente através do grupo. A gente geralmente ia também lá porque a gente precisa de estar levando, para alguma demanda. Para o médico, para a enfermeira, para o técnico. Então, a gente tem muito esse contato próximo. Hoje a gente está sem a UBS, mas a coordenadora, ela criou, ela- hoje a gente tem o nosso grupo. A coordenadora faz parte, tem o assessor do secretário também. E tudo que tiver alguma coisa ela está sempre contactando com a gente. ACS_NE_MA_01

Com relação à melhoria das atividades de Atenção Básica/Primária à Saúde com a comunidade a partir das mídias sociais, 6,1% e 5,1% dos ACE concordam parcial e totalmente com a afirmativa, os ACS 23,3% e 19,2% concordam parcial e totalmente com a afirmativa, como o observado na figura abaixo.



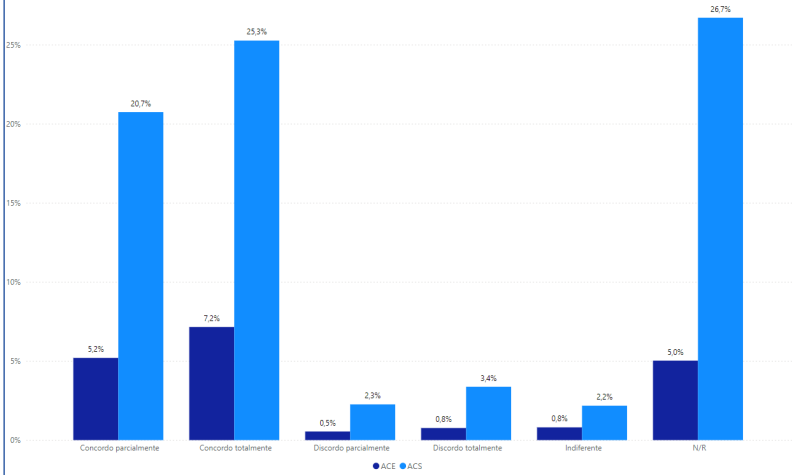
Figura 32. Nas mídias sociais posso melhorar minhas atividades de atenção básica/primária à saúde com minha comunidade



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Acerca da utilização das mídias sociais de forma a facilitar o acesso à informação sobre cuidado à saúde, prevenção às arboviroses e a covid-19, 5,2% e 7,2% dos ACE concordam parcial e totalmente com a afirmativa, Já entre os ACS, 20,7% e 25,3% concordam parcial e totalmente com a afirmativa, como observado na figura abaixo.

Figura 33. As mídias sociais facilitam o acesso a informações sobre cuidado à saúde, prevenção às arboviroses e a COVID-19



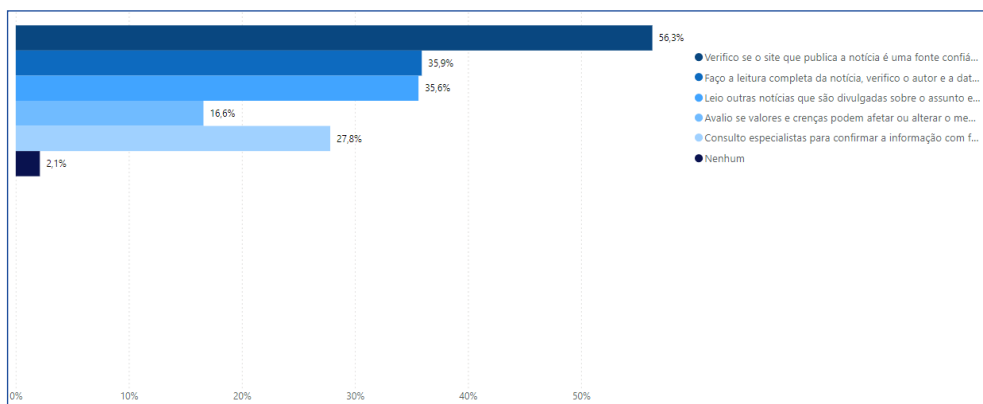
Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil



Em geral, os agentes concordam que as mídias sociais facilitam o processo de trabalho. Na comunicação com a equipe, a maioria concordou com a afirmativa de que nas mídias sociais pode se comunicar melhor com outros agentes e tirar dúvidas. Quanto à melhoria das atividades, houve grande concordância com a afirmativa de que nas mídias sociais os profissionais podem melhorar suas atividades de Atenção Básica/ Primária à Saúde com sua comunidade. Algo semelhante ocorreu na busca por informação, quando os participantes concordaram com a afirmativa de que as mídias sociais facilitam o acesso a informações sobre cuidado à saúde, prevenção às arboviroses e a covid-19.

No que tange às informações sobre saúde coletiva/pública, perguntou-se aos agentes quais os procedimentos eles adotam: 56,3% (11,3% - ACE e 45% - ACS) responderam que verificam se o site que publicou a notícia é uma fonte confiável; 35,9% (6,9% - ACE e 29% - ACS) relataram que fazem a leitura completa da notícia, verificando o autor e a data da publicação; 35,6% (7,1% - ACE e 28,6% - ACS) disseram que leem outras notícias que são divulgadas sobre o assunto, além de revisarem as fontes oficiais. Outros 27,8% (5,3% - ACE e 22,5% - ACS) responderam que consultam especialistas para confirmar a informação com fontes independentes, instituições e sites voltados à checagem de notícias, e 16,6% (2,7% - ACE e 13,9% - ACS) responderam que avaliam se valores e crenças podem afetar ou alterar o seu julgamento sobre o tema exposto, conforme figura abaixo.

Figura 34. Procedimentos adotados ao se deparar com informações sobre saúde coletiva/pública



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Desinformação em saúde

Vive-se, atualmente, uma era de infodemia, que, segundo Han (2022), não é apenas uma questão de excesso de informações, mas sim uma nova forma de poder e dominação. Segundo o filósofo sul-coreano, na sociedade atual, as informações são mais importantes do que a força física, e a capacidade de controlar e manipular informações é fundamental para o poder. Nesse sentido, a infodemia pode ser vista como uma forma de poder biopolítico, em que a disseminação de informações falsas ou imprecisas pode levar ao controle e à manipulação da população. Daí a imprescindibilidade da literacia digital no cotidiano laboral dos profissionais de saúde, um dos melhores antídotos à desinformação no âmbito da saúde. Han (2022) também argumenta que a infodemia pode levar à “infopandemia”, um estado em que a sociedade se torna incapaz de distinguir entre informações verdadeiras e falsas, o que pode gerar uma perda de confiança e a desintegração da sociedade. Isso sem falar nas consequências junto a profissionais da Atenção Primária à Saúde e na necessidade iminente de se aperfeiçoarem na gestão da informação e tradução do conhecimento em suas práticas, com uma urgência cada vez maior. A situação não seria diferente com os ACS e os ACE, agentes que atuam diretamente nos territórios; eles, que integram as equipes de Saúde da Família, também foram fundamentais na disseminação de informações precisas, pois atuaram como formadores de opinião² e moderadores do processo de gestão da informação e tradução de conhecimento confiável sobre a pandemia e sobre as medidas de prevenção, como o distanciamento social, o uso de máscaras e a higienização das mãos. Isso ajudou a conscientização da população e a prevenção da disseminação do vírus em meio a fortes momentos de crise de desinformação que assolaram e ainda assolam o país no âmbito da saúde.

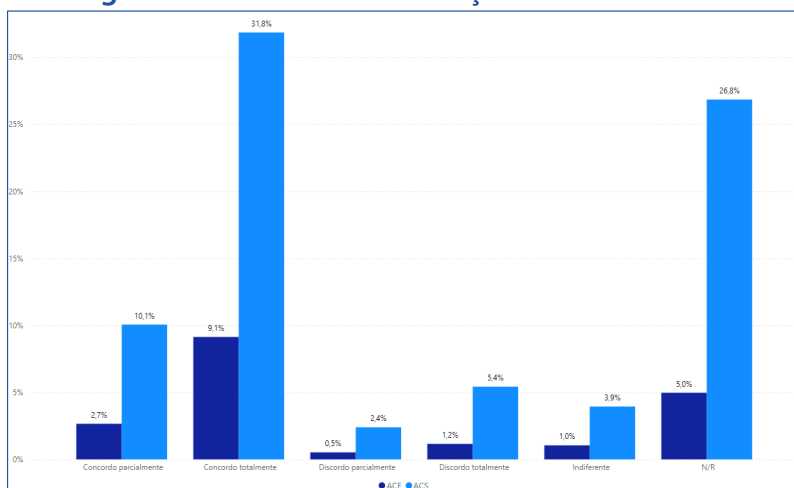
As Figuras 35, 36 e 37 tratam do impacto das informações falsas, da desinformação, nas atividades dos agentes. Informação, que não sejam idôneas podem causar sérios problemas de saúde coletiva. Nesse sentido, 41% dos participantes da pesquisa (9,1% - ACE e 31,8% - ACS) concordaram totalmente com a afirmação de que as informações falsas dificultam a comunicação com a comunidade de seus territórios. Considerando todos os profissionais participantes da pesquisa, apenas 6,6% dos participantes

2 Entre os estudos americanos das teorias da comunicação, está a abordagem empírica de campo que pondera e, de certa forma, relativiza o efeito dos meios de comunicação de massa sobre os indivíduos, quando em seus estudos, identifica a figura de líderes de opinião mediando o processo comunicativo, sendo responsáveis por traduzir e filtrar informações disseminadas pelos, à época, tradicionais meios de comunicação e pelos indivíduos. Essa abordagem ficou conhecida pelos estudos sociológicos de campo e pela relativa capacidade de os meios influenciarem os indivíduos, já que os líderes de opinião teriam um papel bastante relevante nesse processo. (Wolf, 2001).



(1,2% - ACE e 5,4% - ACS) discordaram totalmente de tal afirmação. Os participantes que não responderam à questão corresponderam a 31,8%, conforme a figura abaixo.

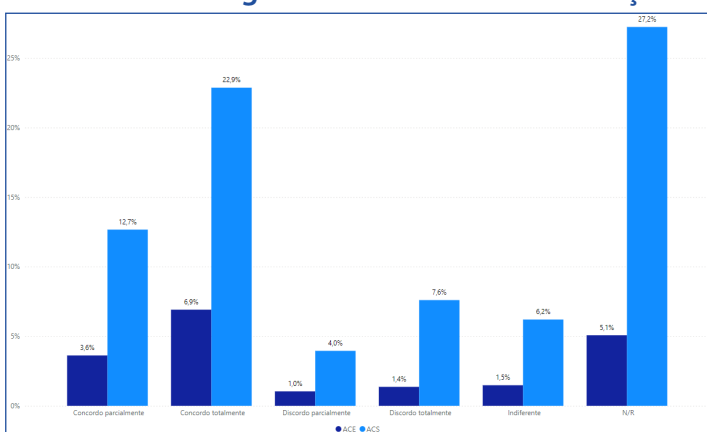
Figura 35. Como uma informação falsa (*fake news*) impacta a atividade como agente - Dificulta a comunicação com minha comunidade



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Quanto à afirmativa "as informações falsas dificultam a comunicação com a equipe", 29,8% dos participantes da pesquisa (6,9% - ACE e 22,9% - ACS) concordaram totalmente. No entanto, 9% dos participantes (1,4% - ACE e 7,6% - ACS) discordaram totalmente e outros 32,3% não responderam à questão, conforme a figura abaixo.

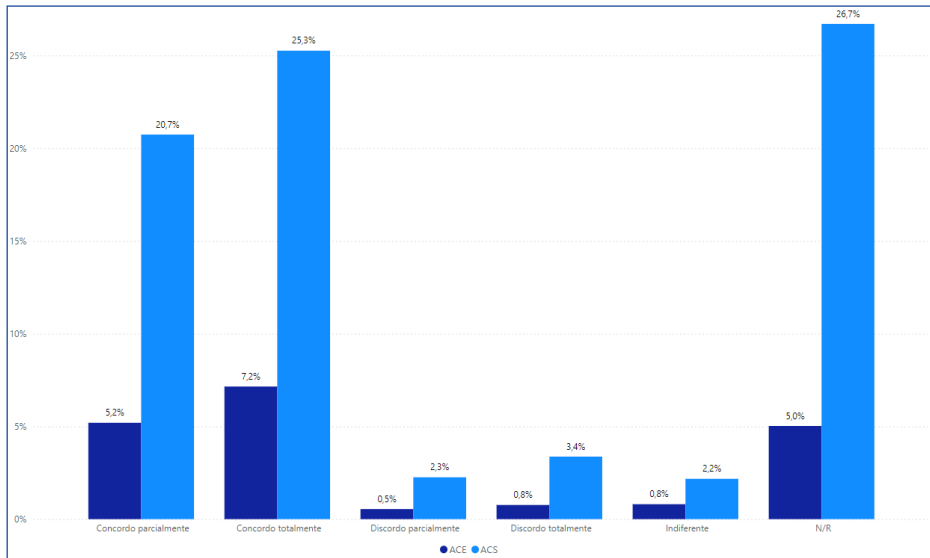
Figura 36. Como uma informação falsa (*fake news*) impacta a atividade como agente - Dificulta a comunicação com a equipe



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Com relação à afirmativa “informações falsas dificultam o compartilhamento de materiais sobre o contexto da saúde”, 32,4% dos participantes da pesquisa (7,2% - ACE e 25,3% - ACS) concordaram totalmente. No entanto, 4,1% dos participantes (0,8% - ACE e 3,4% - ACS) discordaram totalmente, e outros 31,7% não responderam à questão, conforme a figura abaixo.

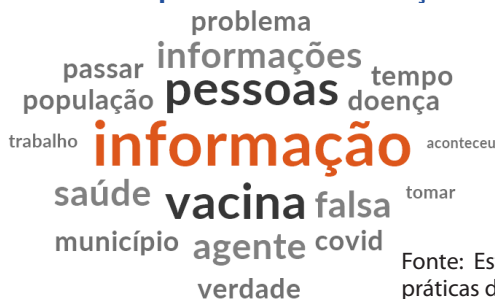
Figura 37. Como uma informação falsa (*fake news*) impacta a atividade como agente - Dificulta o compartilhamento de materiais sobre o contexto da saúde



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

As informações falsas, assim como a própria desinformação, podem impactar de maneira negativa o cotidiano das práticas dos agentes e, consequentemente, a saúde da população do território. Na figura 38 é possível observar as palavras mais frequentes nas falas dos agentes.

Figura 38. Nuvem do impacto das informações falsas na atuação dos agentes



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Em destaque está a palavra “informação”, seguida por “pessoas”, “vacinas”, “agente”, “doenças”, “falsas”, “covid”, “saúde” entre outras. Em suma, as informações desempenham um papel fundamental nas atividades dos ACS, influenciando desde a identificação de necessidades de saúde até a implementação de ações preventivas e o acompanhamento do impacto de suas intervenções na comunidade.

A desinformação passou a ser considerada um grave problema de saúde pública (Anjos, 2021). A propagação de informações falsas no campo da saúde resulta na deturpação da ciência, contribuindo para que a sociedade duvide das invenções e dos achados apresentados. Isso modifica a visão da comunidade acerca das medidas de prevenção e proteção contra doenças, acarretando interferências significativas no processo de saúde-doença dos indivíduos (Silva, 2023).

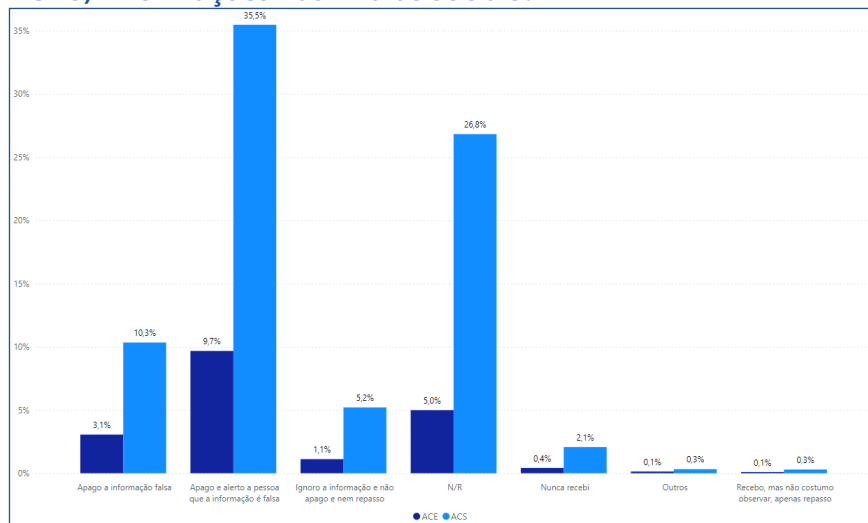
As informações falsas, chamadas *fake news*, representam uma ameaça à saúde coletiva. Com o aumento do fluxo de informações em mídias que permitem o acesso indiscriminado de indivíduos e, em consequência disso, o compartilhamento de informações por todos eles, diminui proporcionalmente a capacidade de filtragem desses fatos. Surge, desse modo, o fenômeno da desinformação, que se alimenta dos disparos de notícias falsas.

Esse fenômeno pode afetar várias partes da sociedade, incluindo os profissionais de saúde, como os agentes comunitários de saúde. Os ACS e os ACE desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção de doenças em suas comunidades. Eles são responsáveis por fornecer informações confiáveis e precisas sobre saúde, identificar problemas de saúde local e encaminhar as pessoas para serviços de saúde adequados.

Entender o comportamento adotado pelos agentes ao se depararem com informações falsas é fundamental para pensarmos formas de mitigar a desinformação em saúde. Perguntamos aos agentes o que eles fazem ao receberem uma informação falsa nas mídias sociais: 45,1% dos participantes (9,7% - ACE e 35,5% - ACS) relataram que apagam a informação e alertam a pessoa de que a informação é falsa; 13,4% (3,1% - ACE e 10,3% - ACS) disseram que apagam a informação falsa; 6,3% (1,1% - ACE e 5,2% - ACS) informaram que ignoram a informação e não apagam nem respondem. Os participantes que não responderam à questão corresponderam a 31,8%, conforme a figura abaixo.



Figura 39. Como uma informação falsa (*fake news*) impacta a atividade como agente - O que você faz ao receber falsas (*fake news*) informações nas mídias sociais?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

A desinformação é um problema frequente na atualidade, principalmente pela facilidade de compartilhamento de informação; evidenciou-se, assim, o vício de repercussão de informações incompletas, contraditórias. O interesse pelo espetacular, difamatório ou revoltante é mais sedutor, pois o sistema social se nutre do espetáculo e o valoriza, seja pelo engajamento ou pela necessidade de inclusão em um grupo. Logo, a veracidade importa menos que a chamada “lacração”, ou seja, busca-se apenas um reforço do próprio posicionamento político, social e econômico, entre outras visões (Vasconcellos, 2023).

Em um artigo publicado em 2022, Galhardi e seus colaboradores, identificaram, por meio de um estudo empírico quantitativo, sobre o fluxo de informação produzida e disseminada, que a produção de notícias falsas sobre a vacina se tornou mais predominante do que a produção de notícias falsas sobre outros temas da saúde pública.

Além disso, a desinformação também é responsável por criar uma barreira entre os profissionais de saúde e a comunidade, por causa de informações falsas ou da falta de informações. A propagação da desinformação pode levar a uma desconfiança generalizada nas relações com os profissionais de saúde, incluindo-se os ACS e o ACE. As pessoas questionam a substituição das informações fornecidas pelos agentes, o que prejudica o relacionamento de confiança necessário para a eficácia das ações de saúde.

O agente comunitário de saúde e o agente de combate às endemias são fundamentais para diminuir a desinformação, já que são notórias a articulação intersetorial e a mobilização desenvolvidas pelos agentes nos processos de enfrentamento de determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Assim, a atuação dos agentes é de extrema relevância para o combate à infodemia, associado a outros mecanismos de combate à desinformação no ambiente da saúde pública (Méllo, 2022).

Competência informacional

A competência em informação, de acordo com a ciência da informação, é fundamentada em um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes vinculadas ao contexto informacional. Contudo, conforme estabelecido por Dudziak, a legitimação da competência em informação como um movimento global é um desafio para os países em desenvolvimento, especialmente para o Brasil, que enfrenta desafios persistentes relacionados ao analfabetismo. Nesse contexto, torna-se crucial aprofundar os estudos teóricos e implementar intervenções sociais educacionais adaptadas às necessidades específicas de cada nação e grupo social. Essa abordagem visa a estabelecer uma conexão entre a teoria, representada por abstrações, e a prática, refletida na apropriação efetiva do conhecimento (Dudziak, 2008).

Ainda segundo Dudziak (2008, p. 42), a competência em informação está centrada no aprendizado ao longo da vida, como forma de desenvolvimento. A autora a conceitua como:

[...] a mobilização de habilidades, conhecimentos e atitudes direcionada ao processo construtivo de significados a partir da informação, do conhecimento e do aprendizado, diferentes dimensões passam a ser consideradas: a dimensão das habilidades informacionais alcançadas pelo treino; a dimensão cognitiva de construção do conhecimento, apropriação de conteúdos e processo reflexivo; e a dimensão das atitudes e dos valores, que diz respeito à construção dos aspectos críticos, políticos e éticos da ação dos homens.

A autora destaca questões pertinentes ao contexto deste trabalho, sendo uma delas o eixo temático da competência informacional para a governança e a cidadania. Esse eixo visa a promover a participação ativa das pessoas e o controle sobre suas próprias ações, capacitando-as a buscar por si mesmas as informações necessárias. Além disso, busca desenvolver a habilidade de compreender a razão pela qual determinado conteúdo está disponível nas

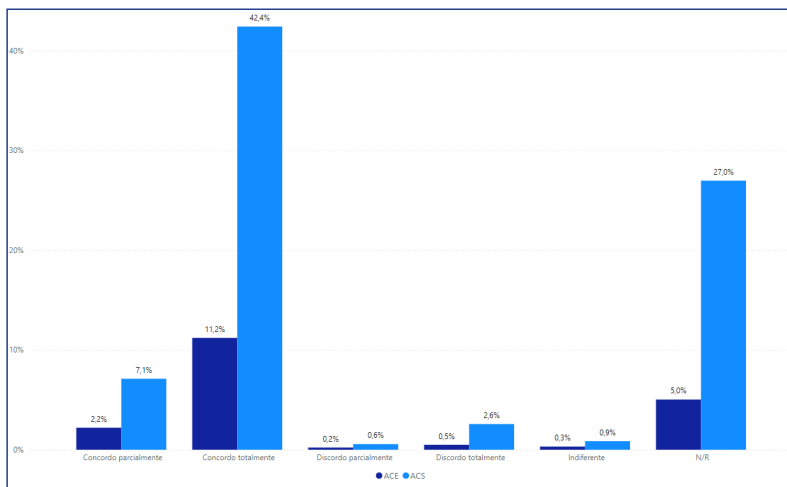


redes de comunicação, permitindo a identificação dos aspectos ideológicos presentes no ambiente informacional (Santana, 2023).

É importante destacar que agentes são profissionais os quais, para desempenharem suas atribuições, realizam ações que demandam o uso de diversas competências e habilidades. Essas habilidades são adquiridas ao longo de sua formação acadêmica e da experiência no trabalho junto à comunidade que atendem. Devido à natureza de sua função, é imperativo que os agentes residam na região onde exercem suas atividades. No decorrer de seu treinamento, eles devem ser orientados sobre a importância de seu papel, que vai além dos cuidados com a saúde da população, incluindo a manutenção de um vínculo próximo com as famílias em seu território de atuação. Entre suas responsabilidades, destaca-se a missão de influenciar a realização de atividades básicas de saúde nas unidades familiares e estabelecer estrategicamente ações de saúde direcionadas aos indivíduos em seus ambientes familiares.

As figuras 40, 41 e 42 são relativas à competência informacional dos agentes. Nesse sentido, 53,6% dos participantes da pesquisa (11,2% - ACE e 42,4% - ACS) concordaram totalmente com a afirmativa “eu compreendo que a informação precisa é essencial para a realização do trabalho como agente e conheço as minhas necessidades de informação como agente”. Considerando todos os agentes que responderam à pesquisa, apenas 3,1% dos participantes (0,5% - ACE e 2,6% - ACS) discordaram totalmente de tal afirmação. Os participantes que não responderam à questão corresponderam a 31,9%, conforme a figura abaixo.

Figura 40. Afirmações que retratam as principais habilidades e conhecimentos como agente - Eu compreendo que a informação precisa é essencial para a realização do meu trabalho e conheço as minhas necessidades de informação como agente

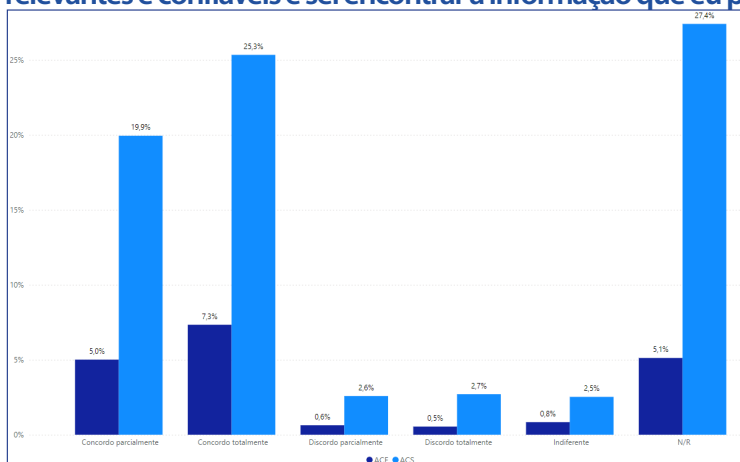


Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil



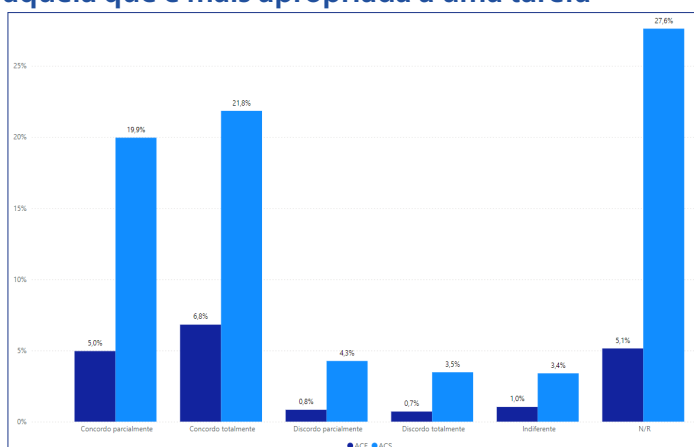
Ao se deparar com a afirmativa “eu sei como identificar fontes de informação relevantes e confiáveis e sei encontrar a informação de que preciso”, 32,7% dos participantes da pesquisa (7,3% - ACE e 25,3% - ACS) concordaram totalmente, ao passo que 25% (5% - ACE e 19,9% - ACS) concordaram parcialmente. Por outro lado, 3,2% dos participantes (0,6% - ACE e 2,6% - ACS) discordaram totalmente, e outros 32,5% não responderam à questão, conforme a figura abaixo.

Figura 41. Afirmações que retratam as principais habilidades e conhecimentos como agente - Eu sei como identificar fontes de informação relevantes e confiáveis e sei encontrar a informação que eu preciso



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Figura 42. Afirmações que retratam as principais habilidades e conhecimentos como agente - Eu tenho domínio no acesso à informações na web e sei como avaliar uma informação e selecionar aquela que é mais apropriada a uma tarefa



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil



A competência informacional dos agentes é crucial para o sucesso de suas atividades, pois permite uma abordagem mais informada, eficiente e centrada na comunidade. Essa competência é uma peça importante na promoção da saúde e na prevenção de doenças em contextos comunitários.

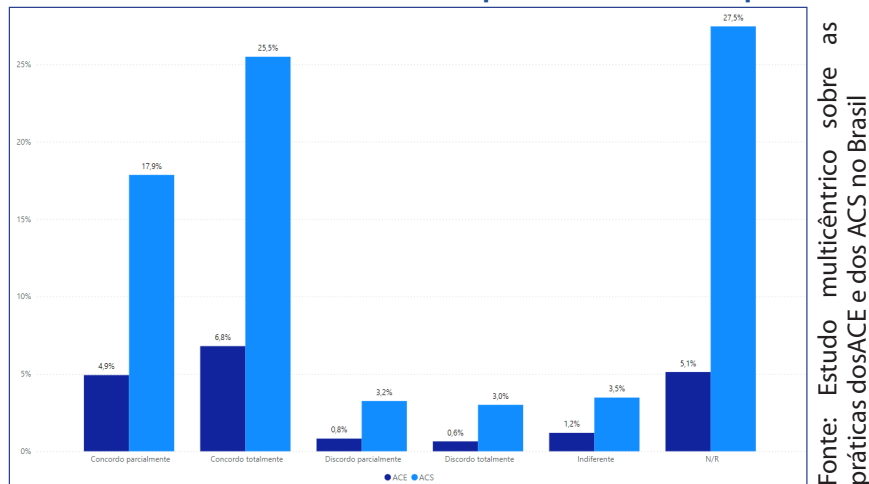
Gestão da informação

Os agentes são responsáveis por coletar, registrar e atualizar dados relacionados à saúde dos indivíduos e passar orientações sobre saúde para a comunidade em sua área de atuação.

A gestão adequada das informações de saúde pode contribuir para a promoção da saúde e o planejamento de ações de saúde mais efetivas na comunidade. A gestão da informação busca ampliar possibilidades na formulação de estratégias e na criação de oportunidades para o desenvolvimento de novas ações. Ela possui a capacidade de amenizar ou eliminar a ineficiência a partir da combinação de aspectos estratégicos e tecnológicos da informação, de modo a organizar e disponibilizar o conhecimento (Valentim, 2004).

Entender o comportamento adotado pelos agentes em relação às informações sobre saúde é fundamental para pensarmos a gestão da informação em saúde. Apresentamos a seguinte afirmativa para os agentes: “eu sei organizar uma informação, redigir um texto, preparar um cartaz ou uma roda de conversa para uma atividade prática”. Nesse sentido, 2,3% dos participantes da pesquisa (6,8% - ACE e 25,5% - ACS) concordam totalmente, enquanto 22,8% (4,9% - ACE e 17,9% - ACS) concordam parcialmente. No entanto, 3,6% dos participantes (0,6% - ACE e 3% - ACS) discordam totalmente e, outros 32,6% não responderam à questão, conforme a figura abaixo.

Figura 43. Eu sei organizar uma informação, redigir um texto, preparar um cartaz ou uma roda de conversa para uma atividade prática



Pensando na atuação dos agentes, as decisões desses profissionais levariam em consideração o todo que está envolvido no processo, o ambiente interno da unidade ou da vigilância e o ambiente externo do seu território. É fundamental a gestão eficaz de todos os recursos de informação significativos para o trabalho dos agentes, tanto a de recursos gerados dentro da unidade como a dos produzidos externamente, e recorrendo, sempre que necessário, à tecnologia da informação (Costa, 2020).

A gestão da informação em saúde desenvolvida pelos agentes comunitários é fundamental para a promoção da saúde; com informações precisas sobre a saúde da população, é possível identificar grupos de risco e pensar ações preventivas direcionadas às necessidades locais. Na tomada de decisão, os dados coletados pelos ACS e pelos ACE permitem que os gestores de saúde tomem decisões mais controladas sobre a alocação de recursos e o planejamento de programas de saúde. Além de contribuir para o monitoramento e a avaliação de programas de saúde, a gestão eficiente da informação permite monitorar e avaliar a eficácia de programas de saúde implementados, identificando áreas que precisam de maior atenção.

Acesso às tecnologias de informação e comunicação

As tecnologias de informação e comunicação (TICs) têm aprimorado a capacidade humana de comunicação e a sofisticação na qualidade, no cuidado e na segurança da informação, mas podem também contribuir para a manipulação e a desinformação quando não proporcionam informação relevante e, pior ainda, quando muitas soluções baseadas na tecnologia da informação resultam em novas barreiras, impondo novos níveis de complexidade e dificuldade para o usuário. A tecnologia deve estar à serviço do público, com bons propósitos, e atende aos direitos fundamentais; ela deve sempre, defende Saracevic (1974), estar a serviço do coletivo.

Saracevic (1974) diz que a “utilidade pública” pode fornecer uma estrutura conceitual em torno da qual alguns sistemas de informação podem ser organizados, minimizando problemas como os que atualmente acometem páginas e estruturas de comunicação na web. Considerar a comunicação na dinâmica dos sistemas de informação afeta as características específicas de tal serviço público. Os interesses e os problemas num processo de comunicação podem ser divididos em diferentes aspectos ou níveis. Para o teórico, esses níveis são: problemas técnicos ou de engenharia; semânticos ou de linguagem e comportamento; de eficiência ou relevância etc. Mas, se as plataformas forem consideradas a priori como de utilidade pública, deverão atender sempre a esse princípio norteador.



O Brasil está entre os países que apresentaram surpreendente ascensão no cenário mundial quanto ao acesso e ao uso da internet, smartphones e de mídias sociais nos últimos 32 anos. Segundo pesquisa do *We are Social*³, em outubro de 2023 havia 5,16 bilhões de usuários de internet no mundo, o que representa 64,4% da população mundial. No Brasil, em janeiro de 2023, havia 181,8 milhões de pessoas conectadas, ou seja, 84,3% da população brasileira.

Em se tratando do uso de celulares, o Brasil tem 102,4% de celulares conectados. O país é, ainda, de acordo com o relatório, o segundo país do mundo segundo o critério de tempo de acesso à internet e, embora a desinformação seja o principal fator de preocupação dos brasileiros, evidências acadêmicas apontam que o Brasil foi acometido forte e diretamente também pela pandemia da desinformação.

Tais avanços no uso das tecnologias móveis, nos levam a crer numa possível associação com o desencadeamento da infodemia, pois os estudos revelam ainda que, do público identificado nesses países, 57,8% buscam informações, 94,8% utilizam chats ou mensageiros, enquanto 94,6% estão nas mídias sociais. Não é à toa que o Brasil ocupa o primeiro lugar no tempo destinado pelos usuários da internet aos smartphones: 5 horas e 28 minutos por dia, entre pessoas de 16 a 64 anos.

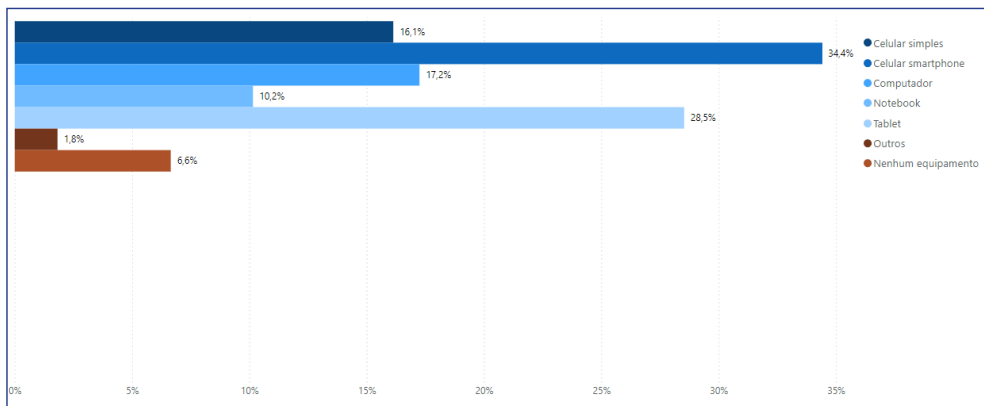
Quanto ao uso de smartphones e celulares, dados do IBGE (2022)⁴, apontam que, em 2021, 96,3% dos domicílios brasileiros estavam conectados com telefones móveis celulares. Perguntamos aos ACE e aos ACS de quais equipamentos de tecnologia de comunicação eles dispõem para suas práticas como agentes: 34,4% dos participantes da pesquisa (7,1% - ACE e 27,3% - ACS) dispõem de celular *smartphone*; 28,5% (1,5% - ACE e 27% - ACS) dispõem de *tablet*. Outros 17,2% (3% - ACE e 14,2% - ACS) dispõem de computador. Por outro lado, 6,6% dos participantes (3,5% - ACE e 3,2% - ACS) não dispõem de nenhum equipamento, conforme a figura abaixo.

3 Disponível em: <https://wearesocial.com/us/blog/2023/01/the-changing-world-of-digital-in-2023/>. Acesso em: out. 2023.

4 Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em: nov. 2023



Figura 44. Equipamentos (tecnologias de comunicação) disponíveis para as práticas como agente



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

O uso de tecnologias de informação e comunicação exerce um papel importante no trabalho dos ACS e dos ACE, trazendo benefícios para suas atividades. Como visto em questões apresentadas na anteriormente neste relatório, os agentes utilizam essas TICs para auxiliar a comunicação com a equipe e as famílias do território.

Acesso à internet

Quanto ao acesso e uso da internet, o IBGE (2022)⁵ revelou em seu último censo, por meio do módulo de Tecnologia da Informação e Comunicação da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua, que a internet chegou a 90,0% dos domicílios brasileiros em 2021, com uma diferença de pontos percentuais em relação a 2019, e que 84,0% dos domicílios tinham acesso à grande rede. Já na área rural, a proporção de domicílios com internet foi de 57,8% para 74,7% entre 2019 e 2021, enquanto na área urbana, ela subiu de 88,1% para 92,3%⁶.

A proporção de pessoas com 10 anos ou mais de idade que utilizam a internet no país passou de 84,7% em 2021 para 87,2% em 2022. O equipamento mais utilizado para acessar a internet em 2022 foi o telefone móvel celular (98,9%); em seguida, ainda com considerável diferença, vinha a TV (47,5%). O uso do microcomputador recuou de 63,2% em 2016 para

5 Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38307-161-6-milhoes-de-pessoas-com-10-anos-ou-mais-de-idade-utilizaram-a-internet-no-pais-em-2022>

6 Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agenciade-noticias/noticias/34954-internet-ja-e-acessivel-em-90-0-dos-domicilios-do-paism-2021>. Acesso em: nov. 2023.

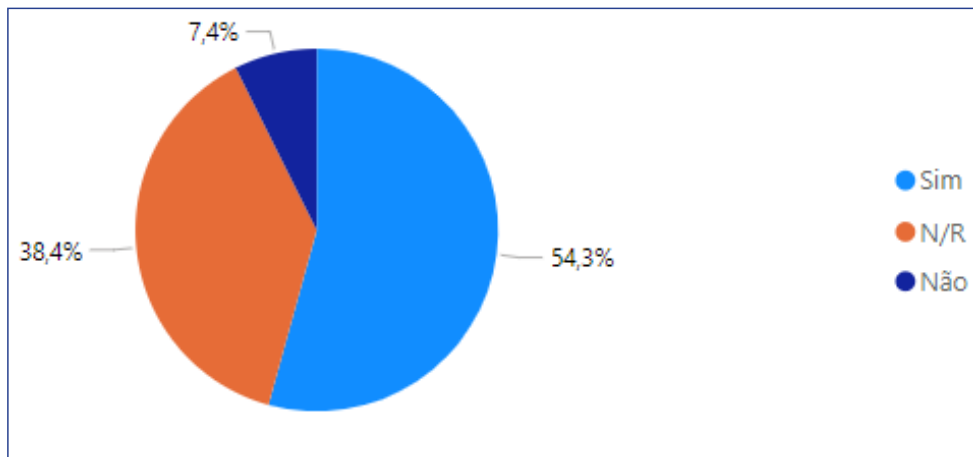
35,5% de 2022. O acesso à internet por meio do *tablet* também recuou, nesse período, de 16,4% para 7,6%.

Outro dado importante é que a PNAD Contínua investigou pela primeira vez, em 2022, a frequência com que as pessoas utilizavam a internet: 93,4% a usavam todos os dias, e 94,4% dos usuários acessavam a internet para conversar por chamadas de voz ou vídeo. Outros usos mais relatados foram: enviar ou receber mensagens de texto, voz ou imagens por aplicativos diferentes de e-mail (92,0%); assistir a vídeos, inclusive programas, séries e filmes (88,3%); e usar redes sociais (83,6%).

Vale mencionar as pessoas que não utilizaram a internet em 2022 em sua maioria tinham menos instrução ou eram idosas (com 60 anos ou mais de idade). O motivo mais apontado pelas pessoas que não acessaram a internet foi por não saberem usá-la (47,7%). Para 66,1% dos idosos que não utilizaram a internet, esse foi o principal motivo.

Além da disponibilidade de equipamentos, é necessário ponderarmos a respeito da conectividade com a internet. Quando se perguntou se os equipamentos estavam conectados com a internet, 54,3% dos participantes da pesquisa (9,8% - ACE e 44,5% - ACS) responderam que sim, 7,4% (1,2% - ACE e 6,1% - ACS) responderam que não e 38,4% não responderam, conforme a figura abaixo.

Figura 45. Estes equipamentos estão conectados à internet

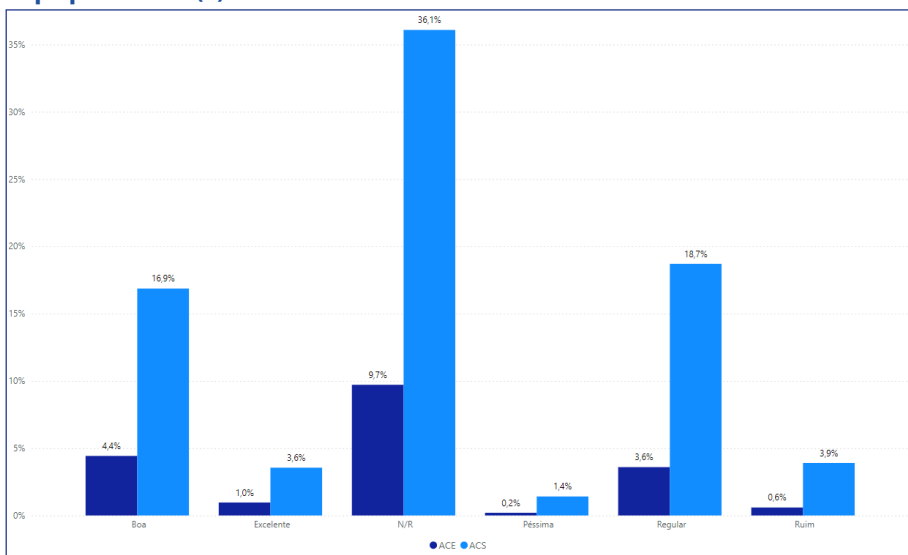


Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Para além do acesso à internet, há a dimensão da qualidade da internet nos equipamentos: 22,3% dos participantes da pesquisa (3,6% - ACE e 18,7% - ACS) a avaliaram como sendo regular, 21,3% (4,4% - ACE e 16,9% - ACS) a avaliaram como boa e 4,5% a avaliaram tanto como

excelente, quanto como ruim. Outros 45,8% não responderam à questão, conforme a figura abaixo.

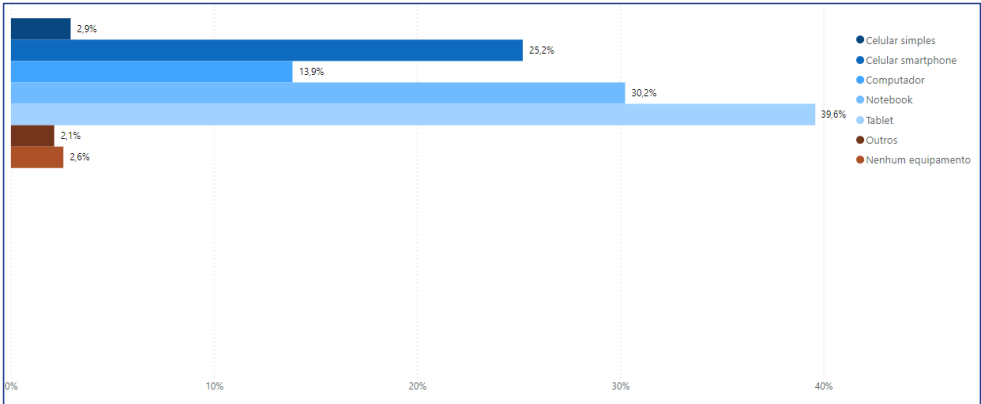
Figura 46. Como você avalia a qualidade da internet no(s) equipamento(s)



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

Conforme a figura abaixo, ao perguntarmos para os ACE e os ACS quais equipamentos, (tecnologias de comunicação), gostariam de ter nas suas práticas como agentes, o *tablet* representou a maioria dos participantes, correspondendo a 39,6% (9% - ACE e 30,6% - ACS). O segundo equipamento mais desejado pelos participantes da pesquisa foi o *notebook*, representando 30,2% (4,8% - ACE e 25,4% - ACS). Os *smartphones* ficaram em terceiro lugar entre os equipamentos mais desejados pelos agentes, com 25,2% (5,3% - ACE e 19,9% - ACS).

Figura 47. Equipamentos (tecnologias de comunicação) gostariam de ter nas práticas como agente



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e dos ACS no Brasil

A Tabela 12 apresenta um compilado dos achados do Bloco 6.

Tabela 12. Distribuição da frequência de informação, comunicação e educação em Saúde dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde participantes da pesquisa

N= 14528	ACE		ACS		TOTAL	
Variável	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Como se comunica com as famílias do seu território						
Carta/bilhetes	69	0,5%	1078	7,4%	1147	7,9%
Whatsapp/Telegram/ Signal	397	2,7%	6068	41,8%	6465	44,5%
Mídias sociais	157	1,1%	1231	8,5%	1388	9,6%
Sala de espera das unidades	132	0,9%	2558	17,6%	2690	18,5%
Telefone	323	2,2%	4769	32,8%	5092	35,0%
Visita domiciliar	2032	14,0%	7842	54,0%	9874	68,0%
Outro	40	0,3%	215	1,5%	255	1,8%
Como você se comunica com a sua equipe						
Carta/bilhetes	21	0,1%	240	1,7%	261	1,8%
Whatsapp/Telegram/ Signal	1304	9,0%	6610	45,5%	7914	54,5%
Mídias sociais	255	1,8%	948	6,5%	1203	8,3%





Sala de espera das unidades	644	4,4%	3733	25,7%	4377	30,1%
Telefone	848	5,8%	4754	32,7%	5602	38,6%
Visita domiciliar	406	2,8%	1701	11,7%	2107	14,5%
Outro	436	3,0%	2296	15,8%	2732	18,8%

Principais fontes de informação utilizadas para tirar dúvidas nas atividades como agente

Com a minha equipe da UBS	847	5,8%	7520	51,8%	8367	57,6%
Consulta Whatsapp e converso com outros agentes	1100	7,6%	4949	34,1%	6049	41,6%
Facebook	134	0,9%	646	4,4%	780	5,4%
Google	657	4,5%	2311	15,9%	2968	20,4%
Instagram	100	0,7%	479	3,3%	579	4,0%
Ministério da Saúde - MS	761	5,2%	2890	19,9%	3651	25,1%
Organização mundial da Saúde - OMS ou a Organização pan-americana de saúde - OPAS	305	2,1%	1190	8,2%	1495	10,3%
Site da Secretaria Estadual de Saúde	487	3,4%	1604	11,0%	2091	14,4%
Site do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde CONASEMS	280	1,9%	1188	8,2%	1468	10,1%
Site do Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS	221	1,5%	883	6,1%	1104	7,6%
Site da Secretaria Municipal de Saúde	426	2,9%	1912	13,2%	2338	16,1%
YouTube	343	2,4%	1244	8,6%	1587	10,9%
Consulta material dos meus treinamentos (livros, manuais, etc.)	844	5,8%	3066	21,1%	3910	26,9%
Outras	151	1,0%	439	3,0%	590	4,1%
Nenhum	36	0,2%	8	0,1%	44	0,3%



Como as mídias sociais podem auxiliar o agente no seu cotidiano - Nas redes sociais posso me comunicar melhor com outros agentes e tirar dúvidas

Concordo totalmente	854	5,9%	3330	22,9%	4184	28,8%
Concordo parcialmente	948	6,5%	3366	23,2%	4314	29,7%
Indiferente	114	0,8%	332	2,3%	446	3,1%
Discordo parcialmente	99	0,7%	360	2,5%	459	3,2%
Discordo totalmente	92	0,6%	438	3,0%	530	3,6%
Não respondeu	724	5,0%	3871	26,6%	4595	31,6%

Como as mídias sociais podem auxiliar o agente no seu cotidiano - Nas mídias sociais posso melhorar minhas atividades de atenção básica/primária à saúde com minha comunidade

Concordo totalmente	744	5,1%	2784	19,2%	3528	24,3%
Concordo parcialmente	879	6,1%	3378	23,3%	4257	29,3%
Indiferente	210	1,4%	515	3,5%	725	5,0%
Discordo parcialmente	123	0,8%	510	3,5%	633	4,4%
Discordo totalmente	135	0,9%	597	4,1%	732	5,0%
Não respondeu	740	5,1%	3913	26,9%	4653	32,0%

Como as mídias sociais podem auxiliar o agente no seu cotidiano - As mídias sociais facilitam o acesso a informações sobre cuidado à saúde, prevenção às arboviroses e a COVID-19.

Concordo totalmente	1039	7,2%	3670	25,3%	4709	32,4%
Concordo parcialmente	755	5,2%	3013	20,7%	3768	25,9%
Indiferente	117	0,8%	316	2,2%	433	3,0%
Discordo parcialmente	79	0,5%	328	2,3%	407	2,8%
Discordo totalmente	111	0,8%	490	3,4%	601	4,1%
Não respondeu	730	5,0%	3880	26,7%	4610	31,7%

Procedimentos adotados ao se deparar com informações sobre saúde coletiva/pública

Verifico se o site que publica a notícia é uma fonte confiável.	1637	11,3%	6543	45,0%	8180	56,3%
Faço a leitura completa da notícia, verifico o autor e a data da publicação.	1008	6,9%	4209	29,0%	5217	35,9%



Leio outras notícias que são divulgadas sobre o assunto e reviso as fontes oficiais.	1026	7,1%	4149	28,6%	5175	35,6%
Avalio se valores e crenças podem afetar ou alterar o meu julgamento sobre o tema exposto.	391	2,7%	2021	13,9%	2412	16,6%
Consulto especialistas para confirmar a informação com fontes independentes, instituições e sites voltados à checagem de notícias.	769	5,3%	3272	22,5%	4041	27,8%
Nenhum	72	0,5%	238	1,6%	310	2,1%

Como uma informação falsa (*fake news*) impacta a atividade como agente - Dificulta a comunicação com minha comunidade

Concordo totalmente	1327	9,1%	4627	31,8%	5954	41,0%
Concordo parcialmente	386	2,7%	1461	10,1%	1847	12,7%
Indiferente	152	1,0%	573	3,9%	725	5,0%
Discordo parcialmente	76	0,5%	348	2,4%	424	2,9%
Discordo totalmente	168	1,2%	788	5,4%	956	6,6%
Não respondeu	722	5,0%	3900	26,8%	4622	31,8%

Como uma informação falsa (*fake news*) impacta a atividade como agente - Dificulta a comunicação com a equipe

Concordo totalmente	1004	6,9%	3322	22,9%	4326	29,8%
Concordo parcialmente	526	3,6%	1840	12,7%	2366	16,3%
Indiferente	215	1,5%	901	6,2%	1116	7,7%
Discordo parcialmente	151	1,0%	574	4,0%	725	5,0%
Discordo totalmente	198	1,4%	1104	7,6%	1302	9,0%
Não respondeu	737	5,1%	3956	27,2%	4693	32,3%

Como uma informação falsa (*fake news*) impacta a atividade como agente - Dificulta o compartilhamento de materiais sobre o contexto da saúde

Concordo totalmente	1039	7,2%	3670	25,3%	4709	32,4%
Concordo parcialmente	755	5,2%	3013	20,7%	3768	25,9%
Indiferente	117	0,8%	316	2,2%	433	3,0%



Discordo parcialmente	79	0,5%	328	2,3%	407	2,8%
Discordo totalmente	111	0,8%	490	3,4%	601	4,1%
Não respondeu	730	5,0%	3880	26,7%	4610	31,7%

O que você faz ao receber falsas (fake news) informações nas mídias sociais?

Apago a informação falsa	444	3,1%	1502	10,3%	1946	13,4%
Apago e alerto a pessoa que a informação é falsa	1405	9,7%	5152	35,5%	6557	45,1%
Ignoro a informação e não apago e nem repasso	162	1,1%	756	5,2%	918	6,3%
Recebo, mas não costumo observar, apenas repasso	14	0,1%	43	0,3%	57	0,4%
Nunca recebi	61	0,4%	301	2,1%	362	2,5%
Outros	20	0,1%	47	0,3%	67	0,5%
Não respondeu	725	5,0%	3896	26,8%	4621	31,8%

Afirmações que retratam as principais habilidades e conhecimentos como agente - Eu compreendo que a informação precisa é essencial para a realização do meu trabalho e conheço as minhas necessidades de informação como agente

Concordo totalmente	1629	11,2%	6163	42,4%	7792	53,6%
Concordo parcialmente	321	2,2%	1034	7,1%	1355	9,3%
Indiferente	46	0,3%	125	0,9%	171	1,2%
Discordo parcialmente	32	0,2%	82	0,6%	114	0,8%
Discordo totalmente	72	0,5%	374	2,6%	446	3,1%
Não respondeu	731	5,0%	3910	26,9%	4641	31,9%

Afirmações que retratam as principais habilidades e conhecimentos como agente - Eu sei como identificar fontes de informação relevantes e confiáveis e sei encontrar a informação que eu preciso

Concordo totalmente	1066	7,3%	3682	25,3%	4748	32,7%
Concordo parcialmente	728	5,0%	2898	19,9%	3626	25,0%
Indiferente	122	0,8%	367	2,5%	489	3,4%
Discordo parcialmente	92	0,6%	375	2,6%	467	3,2%
Discordo totalmente	79	0,5%	393	2,7%	472	3,2%





Não respondeu	744	5,1%	3982	27,4%	4726	32,5%
Afirmações que retratam as principais habilidades e conhecimentos como agente - Eu tenho domínio no acesso à informações na web e sei como avaliar uma informação e selecionar aquela que é mais apropriada a uma tarefa						
Concordo totalmente	990	6,8%	3172	21,8%	4162	28,6%
Concordo parcialmente	720	5,0%	2898	19,9%	3618	24,9%
Indiferente	150	1,0%	493	3,4%	643	4,4%
Discordo parcialmente	121	0,8%	619	4,3%	740	5,1%
Discordo totalmente	103	0,7%	504	3,5%	607	4,2%
Não respondeu	747	5,1%	4011	27,6%	4758	32,8%
Afirmações que retratam as principais habilidades e conhecimentos como agente - Eu sei organizar uma informação, redigir um texto, preparar um cartaz ou uma roda de conversa para uma atividade prática						
Concordo totalmente	987	6,8%	3703	25,5%	4690	32,3%
Concordo parcialmente	715	4,9%	2594	17,9%	3309	22,8%
Indiferente	173	1,2%	504	3,5%	677	4,7%
Discordo parcialmente	119	0,8%	472	3,2%	591	4,1%
Discordo totalmente	93	0,6%	436	3,0%	529	3,6%
Não respondeu	744	5,1%	3988	27,5%	4732	32,6%
Equipamentos (tecnologias de comunicação) disponíveis para as práticas como agente						
Celular simples	385	2,7%	1959	13,5%	2344	16,1%
Celular smartphone	1028	7,1%	3973	27,3%	5001	34,4%
Computador	439	3,0%	2067	14,2%	2506	17,2%
Notebook	283	1,9%	1192	8,2%	1475	10,2%
Tablet	219	1,5%	3926	27,0%	4145	28,5%
Outros	73	0,5%	192	1,3%	265	1,8%
Nenhum equipamento	508	3,5%	458	3,2%	966	6,6%
Estes equipamentos estão conectados à internet						
Sim	1421	9,8%	6465	44,5%	7886	54,3%
Não	180	1,2%	890	6,1%	1070	7,4%
Não respondeu	1230	8,5%	4342	29,9%	5572	38,4%
Como você avalia a qualidade da internet no(s) equipamento(s)?						
Excelente	140	1,0%	516	3,6%	656	4,5%
Boa	643	4,4%	2450	16,9%	3093	21,3%



Regular	522	3,6%	2717	18,7%	3239	22,3%
Ruim	86	0,6%	567	3,9%	653	4,5%
Péssima	29	0,2%	205	1,4%	234	1,6%
Não respondeu	1411	9,7%	5242	36,1%	6653	45,8%

Equipamentos (tecnologias de comunicação) gostariam de ter nas práticas como agente

Celular simples	99	0,7%	328	2,3%	427	2,9%
Celular smartphone	763	5,3%	2898	19,9%	3661	25,2%
Computador	321	2,2%	1693	11,7%	2014	13,9%
Notebook	696	4,8%	3697	25,4%	4393	30,2%
Tablet	1313	9,0%	4440	30,6%	5753	39,6%
Outros	46	0,3%	264	1,8%	310	2,1%
Nenhum equipamento	115	0,8%	260	1,8%	375	2,6%

5. UM NOVO HORIZONTE PARA O TRABALHO DOS ACS E DOS ACE

*Vá ao encontro do seu povo,
Ame-o, Aprenda com ele,
Planeje com ele,
Comece com ele aquilo que ele sabe,
Construa sobre aquilo que ele tem. Kwame Nkrumah
(1909-1972)*

Os resultados elucidados por esta pesquisa emanam de três décadas de trabalho ininterrupto e são dedicados aos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, profissionais em sua maioria femininas, capilarizadas/os por todos os municípios do Brasil. A realização deste estudo, em uma conjuntura de múltiplas crises, notadamente sob a sombra da mais severa pandemia na história recente da saúde pública tanto nacional quanto global, exigiu dos/as integrantes da Rede de Pesquisadores/as um comprometimento redobrado, aliado a um compromisso ético-político-técnico-científico inexorável.

Espera-se que os resultados desta investigação possam contribuir significativamente para o fortalecimento, o reconhecimento e a valorização desses/as profissionais perante as pessoas, as famílias e as comunidades nos territórios aos quais estão vinculados/as. Almeja-se que os/as gestores/ as do Sistema Único de Saúde e as demais autoridades competentes pelos poderes da República Federativa do Brasil possam refletir e investir na pujança do povo brasileiro e em suas capacidades inerentes para a construção de uma cidadania plena e robusta. Essa defesa não se restringe tão somente ao direito à saúde, em seu sentido ampliado, mas abarca a determinação e os condicionantes dos processos de adoecer, morrer e ser protegido. Trata-se dos direitos expansivos do ser humano, enraizados na organização de uma nova sociedade, erigida sobre pilares de justiça, igualdade, solidariedade, resiliência e oportunidades iguais para nosso povo. Portanto, as recomendações aqui propostas, exigem uma abordagem multifacetada e o engajamento concertado de inúmeras pessoas e instituições, de forma a levar à sua efetiva materialização.

Os seis blocos de escuta que nortearam a pesquisa de Norte a Sul do país dividiram-se do seguinte modo: Bloco 1 – Identificação Pessoal; Bloco 2 – Formação e Educação Profissional; Bloco 3 – Trabalho, Salário e Renda; Bloco 4 – Práticas Coletivas na UBS/ESF; Bloco 5 – Práticas Individuais na UBS/ ESF nas Comunidades e Bloco 6 – Informação, Comunicação e Educação em Saúde. Logo, as recomendações que apresentamos integram os temas sob os seguintes pontos de vista: reconhecimento e valorização desses/ as profissionais; formação, capacitação e educação permanente;

gestão, organização e coordenação do trabalho; o monitoramento e avaliação; políticas públicas integradas; e participação comunitária.

1. **Reconhecimento e valorização:** apoiar os/as ACS e os/as ACE, em suas “advocacias” em defesa de melhores condições de trabalho, piso salarial e aposentadoria especial, negociando um plano de carreira típica de Estado, que proporcione segurança no trabalho, saúde e vida para esses/as profissionais, e oferecendo-lhes oportunidades de crescimento com dignidade; incentivar e facilitar a obtenção de certificações profissionais, pois elas podem acrescer suas atribuições e competências laborais; reconhecer e valorizar os cursos ofertados pela gestão do SUS e/ou pelas redes de parcerias institucionais e comunitárias para promoção e progressão de carreira.
2. **Formação, capacitação e educação permanente:** elaborar uma política de formação, capacitação e educação permanente, que possa refletir as reais necessidades e expectativas das pessoas, famílias e comunidades, cuidadas por esses/as profissionais, com abordagem teórico-metodológica e contribuintes às habilidades técnicas e interpessoais, para aprimorar as competências dos/as ACS e dos/as ACE e, por consequência, suas capacidades resolutivas nos processos do cuidar da saúde em seus diversos e complexos territórios de vinculação e atuação; capacitar os/as ACS e os/as ACE em letramento digital; estabelecer parcerias com instituições de ensino para oferta de cursos de qualificação com temas relevantes para o trabalho dos/as ACS e dos/as ACE.
3. **Gestão, organização e coordenação do trabalho:** melhorar a gestão do trabalho dos/as ACS e dos/as ACE por meio de sistemas eficientes de gerenciamento de informações e de comunicação entre diferentes pontos do SUS; promover uma carga de trabalho equilibrada, evitando sobrecarga e garantindo tempo adequado para cada visita domiciliar; implementar sistemas de suporte psicológico e de saúde mental para os/as agentes, controlando os desafios emocionais e o estresse associados ao seu trabalho; incentivar a participação dos/as ACS e dos/as ACE nas tomadas de decisões relacionadas à saúde e seus determinantes nos territórios de trabalho, valorizando a sua experiência, seu conhecimento, seus saberes e práticas locais e populares.
4. **Monitoramento e avaliação:** estabelecer mecanismos regulares de monitoramento e avaliação do trabalho dos/as ACS e dos/as ACE, incluindo “ouvidoria e vigilância popular” dos territórios a eles vinculados, para identificar áreas de melhoria e ajustes no



planejamento e na programação territorial – local do trabalho; implementar um sistema de avaliação de desempenho que seja justo e construtivo, focado no crescimento profissional e na melhoria das condições de saúde das pessoas, das famílias e das comunidades; utilizar as avaliações de desempenho como um sinalizador para a identificação das necessidades de formação em serviço, tendo em vista o desenvolvimento, o crescimento e a valorização profissional.

5. **Políticas públicas integradas:** apoiar o desenho de políticas públicas integradas, segundo as demandas e as expectativas das pessoas, das famílias e das comunidades que moram, vivem e trabalham nos territórios cuidados por esses/as profissionais, ampliando as práticas da Agenda 2030, rumo ao cumprimento dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS); criar “Territórios Verdes e Saudáveis”, com qualidade de saúde e vida; contribuir na educação popular sobre práticas do ecossistema ambiental (saneamento, água, solo, ar, lixo, uso de energia renovável, conservação dos recursos naturais), e as mudanças climáticas; auxiliar na política de agricultura familiar (urbana e rural), com técnicas e práticas de cultivo, armazenamento e consumo de alimentos seguros e saudáveis (educação alimentar e nutricional); participar das políticas de transporte sustentável; contribuir na promoção da cultura de paz e não violência nos territórios, com atenção aos sinais de violência doméstica nas unidades básicas de saúde e nas escolas; participar da construção de grupos em rede de apoio sensíveis e mobilizadores sobre a importância da igualdade, do respeito e da valorização da diversidade racial, de gênero e étnica, para informar e educar as pessoas sobre os direitos humanos.
6. **Participação comunitária:** incentivar a integração e a participação ativa das comunidades no planejamento e na execução das ações de saúde, fortalecendo o vínculo entre ACS e ACE, os/as profissionais membros das equipes da Estratégia Saúde da Família, gestores/as locais de saúde e a população; incentivar a participação dos/as ACS e dos/as ACE nos fóruns de gestão do SUS e nos conselhos locais de saúde; incentivar as comunidades para a participação em consultas públicas, no orçamento participativo e em debates sobre questões locais que digam respeito aos seus territórios; apoiar a construção de parcerias locais com instituições de ensino, empresas e organizações sem fins lucrativos para promover iniciativas conjuntas que atendam às necessidades da comunidade.
7. **Comunicação promotora de saúde:** estimular a participação das pessoas, das famílias e das comunidades em programas de capacitação e educação, visando a apropriar a comunidade na tomada de decisões



informadas, permitindo sua participação ativa em questões que afetem suas vidas; apoiar a ação de profissionais de saúde e gestores/as no enfrentamento à desinformação nos territórios; estimular o uso de mensageiros como WhatsApp, Telegram e Facebook Messenger para facilitar a comunicação segura nos territórios, permitindo que as pessoas, as famílias e as comunidades acessem informações importantes, participem de discussões, enviem sugestões e recebam informações relevantes e seguras em tempo real.

Ao implementarem essas estratégias, os/as gestores/as do SUS podem garantir que os/as ACS e os/as ACE não apenas mantenham sua motivação e seu engajamento, mas também continuem crescendo profissionalmente, contribuindo efetivamente para a saúde pública e o bem-estar socio sanitário das comunidades. Estas recomendações buscam não apenas valorizar o papel crucial dos/as agentes, mas também fortalecer o sistema de saúde comunitário, promovendo uma abordagem mais integrada, equânime, resolutiva e acolhedora nos processos de cuidar da saúde nos municípios brasileiros. Assim, o que ora recomendamos requer uma abordagem multifacetada e o envolvimento de muitas pessoas e instituições para sua concretização.



6. REFERÊNCIAS

- ABREU, F.D.L.; ZANNIN, N.B.; MARTINI, S.C. As impressões dos Agentes de Combate à Endemias no Brasil sobre as tecnologias móveis utilizadas. **Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar**, v. 7, n. 21, 2021.
- ALMEIDA, Mirian Cristina dos Santos; BAPTISTA, Patricia Campos Pavan; SILVA, Arlete. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 93-100. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FGkgC3KzkkFs7WVtNkpNvBz/?format=pdf&lang=pt>Acesso em: 17 de out. de 2023.
- ALVES, C. V. D. O. C. **A relação entre Governança Corporativa, Cultura Organizacional e Competência em Informação para a construção de conhecimento em organizações familiares**. 2023. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Mídia e Tecnologia, da Faculdade de Artes, Arquitetura, Comunicação e Design) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2023.
- ANDRADE, V. M. P.; CARDOSO, C. L. Visitas domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: concepções de profissionais e usuários. **Psico-USF**, v. 22, n. 1, p. 87-98, jan./abr. Bragança Paulista, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/pnL4dyd3Sn8KRmmGSQqLNxF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 de out. de 2023.
- BARRETO, Aldo de Albuquerque. **A questão da informação**. São Paulo em Perspectiva. 1994.
- BONET, O. A equipe de saúde como um sistema cibernético. In: Pinheiro R, Mattos RA, (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, p. 117-28, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 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, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União. Seção 1, 18 abr. 2018a. Brasília. DF. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149. Acesso em: 19 de nov. de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre Medidas de Proteção à Saúde dos Agentes de Combate às Endemias**. V.1: Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti*. [recurso eletrônico]. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Brasília, 2019. Disponível em: <https://>



bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_protecao_agentes_endemias.pdf. Acesso em: 16 de out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.317, de 3 de agosto de 2017.**

Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Legislação da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2017. p. 27. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1317_08_08_2017.html. Acesso em 20 19 de out. 2022.

BUSSE, TS. *et al.* Approaches to Improvement of Digital Health Literacy (eHL) in the Context of Person-Centered Care. **Int J Environ Res Public Health**. 2022 Jul 7;19(14):8309. doi: 10.3390/ijerph19148309.

CABRAL, Juliana Fernandes; GLERIANO, Josué Souza; NASCIMENTO, Jakelline Débora Martins. Perfil sociodemográfico e formação profissional de agentes comunitários de saúde. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, p. 193-209. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337551323_PERFIL_SOCIODEMOGRAFICO_E_FORMACAO_PROFISSIONAL_DE_AGENTES_COMUNITARIOS_DE_SAUDE. Acesso em; 19 de nov. 2023.

CARLI, R. *et al.* Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, p. 626-632, 2014.

COHN, A.; BUJDOSO, Y. L. Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde. **Tempo Social**, v. 27, p. 33-47, 2015.

COSTA, Luana Dias da. **Como informações de qualidade contribuem para a autonomia do cuidado com dengue, zika e chikungunya.** In: MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Práticas Interdisciplinares de Informação, Educação e Comunicação em Saúde para a Prevenção das Arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya: Desafios Teóricos e Metodológicos. Brasília: Editora ECoS, 2022.p. 189 – 199.

COSTA, Luana Dias da. **Os desafios dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias nos processos de informação e comunicação em saúde à prevenção da dengue, zika e chikungunya.** 2020. [113] f., il. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) —Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

CUNHA, Renata Silva; DOS SANTOS, Marco Aurélio Moura. Violência simbólica nas redes sociais: incitação à violência coletiva (linchamento). In: **Congresso Brasileiro de Direito da Sociedade da Informação**. 2014. p. 10-22.

DEMO, Pedro. Inclusão digital-cada vez mais no centro da inclusão social. **Inclusão social**, v. 1, n. 1, 2005.

DUDZIAK, Elisabeth Adriana. Os faróis da sociedade de informação: uma



- análise crítica sobre a situação da competência em informação no Brasil. **Informação & Sociedade**, v. 18, n. 2, 2008.
- FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. Hygeia, **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 9, n. 16, p. 131 - 147, jun. 2013. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501/12458>. Acesso em: 17 de out. 2023.
- FORTUNA, Cinira Magali et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 262-268, 2005.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Editora Paz e Terra, 2014.
- GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. In.: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em: 216 de out. 2023.
- GUEDES, M.V.C.; HENRIQUES, A.C.P.T.; LIMA, M.M.N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 31-37, 2013.
- HAN, B-C. **Infocracia: digitalização e a crise da democracia**. Trad. Gabriel S. Philipson. Petrópolis/RJ: Ed. Vozes, 2022.
- LEITE, Renata Antunes Figueiredo et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 661-672, dez. 2014.
- LEVCOVITZ, E.; COUTO, M. H. C. Sistemas de saúde na América Latina no século XXI. **Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas (OICH)**, 2019.
- MACIEL, F. B. M.; et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25 (Supl.2), p.4185-4195, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XsyXgfVksPRS38tgfYppqBb/> Acesso em: 19 de nov. 2023.
- MARTELETO, Regina Maria. Análise de redes sociais-aplicação nos estudos de transferências da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, v.30, n.1, p.71-81, jan./abr. 2001.
- MORETTI, Felipe Azevedo; OLIVEIRA, Vanessa Elias de; SILVA, Edina Mariko Koga da. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, p. 650-658, 2012.



- NOGUEIRA, M. L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saude Soc.**, v. 28, n.3, p.309-323. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3p3Hn8ywnG59GWL76FNW7TF/> Acesso em: 19 de nov. 2023.
- PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2012. p. 459-491.
- PAIXÃO, L. R.; *et al.* Dificuldades do Agente Comunitário de Saúde diante a pandemia do coronavirus. **Revista Foco**, v.16., n.7, e2474, p.01-15. Curitiba, 2023.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, p. 103-109, 2001.
- PERES, C. R. F. B. et al.. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 905–911, ago. 2011.
- PESSOA, J. P. de M. *et al.* Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2329-2338, 2016.
- R Core Team (2021). R: **A Language and environment for statistical computing**. (Version 4.0) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2021-04-01).
- RECUERO, R.; SOARES, P. Violência simbólica e redes sociais no facebook: o caso da fanpage “Diva Depressão”. **Galáxia** (São Paulo), v. 13, p. 239-254, 2013.
- REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Rev Interface**, v. 20, n. 56, p.185-196. UNESP-Botucatu. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VrvpZyszPQ6hrVp7SFhj6XF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 de nov. 2023.
- RODRIGUES, Inaê Evangelista et al. Percepções dos agentes comunitários de saúde sobre o processo de formação para a atuação profissional. **CIAIQ2019**, v.2, p.930-939. 2019. Disponível em: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/download/2166/2093>. Acesso em: 19 de out. 2023.
- SAMOTO, A. K.; VENANCIO, S. I. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP. **Bol Inst Saúde**, v. 15, p. 23-31, 2014.
- SANTANA, Gislane Pereira. **Ação comunicativa do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias no Brasil e o enfrentamento da desinformação**. 2023. 357 f., il. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) — Universidade de Brasília, Brasília, 2023.
- SANTOS, C.A.; BELLUZZO, R. C. B. A competência em informação (Colnfo) como prerequisite diferencial e inovador no apoio a educação profissional. In: Simeao, E. L. M. S.; Belluzzo, R.C. B. (orgs.). **Competência em Informação: teoria e práxis**. Brasília: UnB, 2015. p. 89-102.





- SANTOS, K. C. B. **Importância do Agente Comunitário de Saúde na vigilância e proteção Comunitária frente à covid-19.** Temas em Saúde Coletiva. Covid-19. v. 2 Cap. 12, 2023. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/post/importancia-do-agente-comunitario-de-saude-na-vigilancia-e-protecao-comunitaria-frente-a-covid-19>. Acesso em: 19 de nov. 2023.
- SARACEVIC, T. Tecnologia da Informação, Sistemas de Informação e Informação como Utilidade Pública. **Ci. Inf.**, Rio de Janeiro, 3(1): 57-67, 1974.
- SILVA FILHO, R. da C.; SILVA, L. M.; LUCE, B. Impacto da pós-verdade em fontes de informação para a saúde. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, [S. l.], v. 13, p. 271–287, 2017. Disponível em: <https://rbbd.febab.org.br/rbbd/article/view/892>. Acesso em: 18 nov. 2023.
- SILVA, Thais Lacerda et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 58-69. 2020. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2765>. Acesso em: 19 de nov. 2023.
- SIMAS, P. R. P.; PINTO, I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1865-1876, 2017.
- The jamovi project (2021). jamovi (Version 1.6) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>
- VALENTIM, Marta Lígia Pomim. Gestão da Informação e Gestão do Conhecimento em ambientes organizacionais. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, v. 1, n. 1, 2008.
- VARELA, Aida Varela. **Informação e construção da cidadania**. 2019.
- WE ARE SOCIAL. **The global state of digital** [Internet]. 2023 [acesso 2023 out 30]. Disponível em: <https://wearesocial.com>
- WOLF, M. **Teorias da Comunicação**. Lisboa: Presença, 2001
- WOLTON, D. **Informar não é comunicar**. Porto Alegre: Sulina, 2010.



APÊNDICES



APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Um Estudo Multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Brasil”, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

O objetivo desta pesquisa é realizar um levantamento nacional sobre o perfil dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), incluindo condições socioeconômicas, culturais e demográficas, para promover a valorização desses profissionais e desenvolver instrumentos de gestão da informação e conhecimento que auxiliem o aprimoramento das competências e práticas dos ACS e ACE, contribuindo para a melhoria dos processos de cuidar da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será por meio da participação em grupos de diálogo, aplicação de questionário eletrônico e entrevistas individuais, que serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas, haverá ainda o registro fotográfico e em vídeo o tempo estimado para a realização é entre 20 minutos e 1 hora.

Uma das metodologias propostas consiste em oficinas de abordagem e entrevistas, que, por se tratar de conversas, eventualmente, os sujeitos participantes podem vir a sentir-se constrangidos por alguma experiência anterior em relação ao tema abordado.

Rubrica do Participante





No que diz respeito aos riscos, a pesquisa não envolve riscos físicos diretos ou indiretos aos participantes, tão pouco à equipe de pesquisadores. Outras condições variáveis de riscos, referem-se apenas a possíveis desencontros, remarcações de agendas, dificuldade no acesso físico aos grupos estratégicos e de comunicação, ou constrangimentos que venham a incorrer na suspensão ou cancelamento da entrevista. Para dirimir possíveis eventos desta natureza a equipe de pesquisa possui profissional da área de psicologia disponível para apoiar o participante, bem como a equipe de pesquisadores. Quanto aos benefícios, estes compreendem a amplitude do alcance da temática a um maior número de possíveis Agentes Comunitários de Saúde e ou Agentes de Combate às Endemias envolvidos no projeto.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) e seu acompanhante, tiver (tiverem) relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, Confederação dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), podendo ser publicados posteriormente em meio científico. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde (FS), Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP).

Rubrica do Participante



Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor, entrar em contato com o Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília em horário comercial, ou ainda com a Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, pelo telefone (61) 3107-7940, com possibilidade de ligações a cobrar, ou ainda pelo endereço de e-mail (mariafatimasousa09@gmail.com).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10h00min às 12h00min e de 13h30min às 15h30min, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor (a).

Local: _____ Data: / /
Nome entrevistado: _____
Assinatura entrevistado: _____
Nome pesquisador: Maria Fátima de Sousa
Assinatura pesquisador: _____





Confederação Nacional dos
Agentes Comunitários de Saúde e
Agentes de Combate às Endemias



UnB