

Enferm Bras 2019;18(3):430-6

<https://doi.org/10.33233/eb.v18i3.2723>

## ARTIGO ORIGINAL

### O perfil do Agente Comunitário de Saúde e sua feminização

Roberta Bárbara Gomes Fonseca\*

*\*Enfermeira Referência Técnica em Estomaterapia, Especialista em Gerência dos Cuidados de Enfermagem no Programa de Saúde da Família pela PUC de Betim, Mestre em Educação em Diabetes pela Santa Casa de Belo Horizonte*

Recebido 4 de janeiro de 2019; aceito 15 de junho de 2019.

**Correspondência:** Rua Galena, Número 140, Centro, Brumadinho MG, E-mail: ro.barbaraenf@gmail.com

#### Resumo

**Objetivo:** Conhecer o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de 6 Unidades de Saúde da Família do Município de Brumadinho, Minas Gerais. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa cuja amostra foi composta de 41 ACS. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário contendo questões sobre dados sociodemográficos tais como sexo, tempo de profissão, escolaridade e idade. **Resultados:** Neste estudo foi encontrado que dos 41 ACS pesquisados, 40 eram do sexo feminino, com em média até 1 ano na profissão, possuíam ensino médio completo e idade média de 34,4 anos. **Conclusão:** Conforme os resultados encontrados neste estudo, ficou evidente a feminização na profissão de ACS, e que de forma geral, todos eles preenchiam os requisitos básicos para o exercício da profissão.

**Palavras-chave:** agentes comunitários de saúde, saúde da família, conhecimento, feminino, educação.

#### Abstract

##### *The profile of Community Health Agent and his feminization*

**Objective:** To know the profile of Community Health Workers, of 06 Family Health Unity of Brumadinho city, Minas Gerais. **Methods:** This is a descriptive study with qualitative and quantitative approach whose sample was composed of 41 Community Health Workers. We used a questionnaire to collect demographic data such as sex, occupation time, education and age. **Results:** In this study we found that of the 41 Community Health Workers surveyed, 40 were female, with an average of up to 1 year in the profession, had completed high school and average age of 34.4 years. **Conclusion:** As the results of this study revealed the feminization of the Community Health Workers profession, and that in general, they all met the basic requirements for the profession.

Key-words: community health workers, family health, knowledge, female, education.

#### Resumen

##### *El perfil de Agente Comunitario de Salud y su feminización*

**Objetivo:** Conocer el perfil de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), de 6 unidades de salud del municipio de Brumadinho, Minas Gerais. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo y cuantitativo cuya muestra fue compuesta de 41 Agentes Comunitarios de Salud. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario para recoger datos demográficos tales como el género, tiempo de ocupación, educación y edad. **Resultados:** En este estudio se encontró que de los 41 Agentes Comunitarios de Salud, 40 eran mujeres, con una media de hasta 1 año en la profesión, habían completado la escuela secundaria y la edad promedio de 34,4 años. **Conclusión:** Los resultados de este estudio evidenciaron la feminización de la profesión de Agente Comunitario de Salud, y que, en general, todos ellos cumplen los requisitos básicos de la profesión.

**Palabras-clave:** agentes comunitarios de salud, salud de la familia, conocimiento, femenino, educación.

## Introdução

No Sistema Único de Saúde (SUS), as pessoas são acompanhadas em sua maioria por Equipes de Saúde da Família, através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Neste contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de importância fundamental no desenvolvimento de ações de prevenção e controle de várias doenças, atuando na promoção, recuperação e reabilitação das pessoas com algum tipo de patologia.

O ACS é elemento essencial na Equipe de Saúde da Família, pois, além de pertencer à comunidade onde exerce as suas atividades, é o principal elo integrador entre comunidade e Unidade de Saúde da Família (USF) [1].

Os ACS são pessoas que, independentemente do nível de escolaridade, cumprem os seguintes requisitos formais, que devem ser observados em um processo de recrutamento e seleção:

- a) Residem na comunidade há pelo menos 2 anos;
- b) Sabem ler e escrever;
- c) Tem 18 anos, ou mais;
- d) Têm disponibilidade de tempo integral para exercer as atividades de ACS [1].

O processo de seleção e contratação dos ACS deve ser feito segundo uma lógica própria. Ao contrário dos outros, o candidato à vaga de ACS não precisa ter conhecimentos prévios na área da saúde. Aprovado, ele receberá treinamento sobre as ações que deverá desenvolver e estará sob constante supervisão do enfermeiro instrutor/supervisor [1].

No Brasil, no ano de 2000, já existiam mais de 140 mil ACS, que estavam em ação em mais de 4 mil municípios de todas as regiões do país. Isso significa dizer que quase metade da população brasileira recebia o acompanhamento dos ACS [1].

Segundo dados do Ministério da Saúde/Departamento da Atenção Básica, existiam 248 mil ACS, que cobriam 121,5% da população no período de agosto de 2011, nos 5.391 municípios do país [2], e em 2012 haviam 274 mil ACS [3].

O profissional ACS realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde, realizadas em domicílios ou junto às coletividades, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS; estende, também, o acesso da população às ações e serviços de informação, de saúde, promoção social e de proteção da cidadania.

Além da ampliação da cobertura, o ACS é também importante agente social, introduzido nos municípios brasileiros a partir dos anos 1990. Apesar disso, não há muitos estudos que, dentro de uma perspectiva antropológica, busquem apreender de que modo o ACS contribui, na prática, para importantes mudanças sociais e de comportamento na população assistida [4].

Diante do exposto propõe-se aprofundar a investigação de algumas variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico dos ACS.

Espera-se que este estudo possa fornecer subsídios para melhor compreensão dos aspectos relacionados ao processo de trabalho e perfil dos ACS.

## Material e métodos

Este estudo constitui-se de uma abordagem descritiva e qualitativa, realizada junto aos 41 ACS de 6 Unidades de Saúde da Família da Zona urbana do Município de Brumadinho. As unidades selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão foram: Unidades de Saúde da Família (USF) Jota, Residencial Bela Vista, Progresso, Grajaú, Centro e Santa Efigênia, do Município de Brumadinho/MG.

Como critérios de inclusão: ACS das USF da Zona Urbana, USF completas em relação ao número de ACS; e como critérios de exclusão: ACS das USF da zona rural, unidades incompletas em relação ao número de ACS como, por exemplo, ACS de licença à maternidade ou por motivo de doença, ausência de ACS por falta de contrato em uma das micro áreas de abrangência, ou férias.

Após a inserção nos campos de estudo deu-se início a coleta de dados através do questionário, posteriormente à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte (CEP) para apreciação. O estudo foi aprovado sem restrições, enquadrando-se perfeitamente dentro dos preceitos da ética para o manuseio de dados referentes a seres humanos.

Todos os entrevistados foram orientados acerca dos objetivos do estudo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes do início da entrevista.

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário contendo variáveis sociodemográficas tais como idade, sexo, escolaridade, tempo de profissão, etc.

- a) Sexo: Foram considerados os sexos feminino e masculino;
- b) Idade: A idade foi expressa em anos completos;
- c) Escolaridade: Foram considerados anos completos de estudo;
- d) Tempo de Profissão: Foram considerados meses e anos completos de tempo de profissão.

A análise estatística objetivou uma caracterização da amostra, sendo para isso utilizada medidas descritivas (média e desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo) para as variáveis quantitativas e distribuições de frequências para as variáveis qualitativas. As análises foram realizadas no software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20.0, 2012.

A coleta de dados iniciou-se em 27/02/2013 e terminou em 27/06/2013. As USF pesquisadas possuem de 5 a 8 ACS.

## Resultados

Caracterização dos ACS segundo as variáveis: sexo, tempo de profissão, escolaridade e idade

**Tabela I** – Aspectos demográficos dos ACS de acordo com as variáveis sexo, tempo de profissão, escolaridade e idade.

Variável		N (%)	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Sexo	F	40 (97,6%)					
	M	1 (2,4%)					
Escolaridade	Ensino Fundamental	4 (9,8%)	-	-	-	-	-
	Completo	3 (7,3%)					
	Ensino Médio Incompleto	34(82,9%)					
	Ensino Médio Completo						
Idade		41 (100%)	34,4	33,0	9,5	18,0	57,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Analisando os aspectos demográficos dos 41 ACS, 40 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino, correspondendo respectivamente a 97,6% e 2,4% (Tabela I).

Em relação ao tempo de profissão, 15 ACS (36,6%) tinham até 1 ano de profissão, 11 (26,8%) de 1 a 3 anos de profissão, 8 (19,5%) de 3 a 6 anos de profissão e por fim; apenas 7 (17,1%) relataram mais de 6 anos de profissão (Tabela I).

De acordo com a variável escolaridade, 04 (9,8%) ACS possuem ensino fundamental completo, 03 (7,3%) ensino médio incompleto e 34 (82,9%) ensino médio completo (Tabela I).

Avaliando a variável idade, encontramos que a média de idade dos ACS é de 34,4 ± 9,5 anos.

## Discussão

O ACS surgiu a partir das diferentes experiências no Brasil e em especial nos estados do Ceará e São Paulo [5].

O Projeto Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), teve seu início em 1999, na região nordeste do Brasil [5]. A justificativa de implantação era a consequência de inúmeras experiências de atenção primária com excelentes resultados alcançados, por muitas delas, ao integrar os ACS à equipe, não apenas como um elo entre o sistema de saúde e a população, mas principalmente, por sua

capacidade de resolver e evitar problemas que ocasionavam o congestionamento do sistema de assistência à saúde [6].

No processo de educação em saúde, merece destaque o papel do ACS que é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 150 famílias que vivem no seu território de atuação. Ele é necessariamente um morador da localidade onde trabalha e, por isso, está totalmente identificado com a sua comunidade, com seus valores, seus costumes e sua linguagem. Sua capacidade de liderança se converte em ações que melhoram as condições de vida e de saúde da comunidade. Nas áreas onde o Programa de Saúde da Família (PSF) ainda não foi implantado, os ACS estão vinculados às UBS tradicionais e são capacitados e supervisionados por enfermeiros para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde [1].

O ACS exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais [7]. É capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade e deve ter condição de dedicar 8 horas por dia ao seu trabalho. Realiza visitas domiciliares na área adstrita, produzindo dados capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade.

Estudos identificam que o ACS, no seu dia a dia, apresenta dificuldade de lidar com o tempo, o excesso de trabalho, a preservação do espaço familiar, o tempo de descanso, a desqualificação do seu trabalho e o cansaço físico [8]. A esses profissionais cabe cadastrar todas as pessoas do território, mantendo esses cadastros sempre atualizados, orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Devem acompanhá-las, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS.

Os ACS devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior. A eles cabe “o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe” [9].

Os ACS também são responsáveis por cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por ESF [9].

Autores complementam que o ACS desenvolverá suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades.

Suas atribuições básicas são:

- a) Cadastrar e atualizar as famílias de sua área;
- b) Coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
- c) Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;
- d) Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- e) Incentivar a formação dos conselhos locais de saúde;
- f) Informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;
- g) Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;
- h) Participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da USF, com vistas a superação dos problemas identificados;
- i) Promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;
- j) Realizar mapeamento de sua área de atuação;
- k) Realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; [10].

Porém, parte dos resultados das ações dos ACS não é facilmente visível, mensurável, ou encontra-se disponíveis em dados estatísticos, no entanto, no longo prazo, elas efetivamente contribuem para mudanças significativas nas práticas da população local. Essa perspectiva também é importante porque, apesar de auxiliar o sistema de saúde estadual e federal na reorganização do sistema local, o ACS é um recurso humano de origem comunitária [11].

Diante do exposto, torna-se necessário conhecer e analisar o perfil destes profissionais ACS que atuam nas UBS.

Analisando o perfil profissional, encontramos que a maioria dos ACS é do sexo feminino e que possuem idade exigida, acima de 18 anos; e um nível de escolaridade adequado, ou seja, sabem ler e escrever, atendendo aos requisitos para o exercício da profissão de ACS, porém os mesmos não permanecem muito tempo na profissão (Tabela I). Vale destacar que alguns destes possuem formação a nível técnico ou em processo de conclusão do ensino superior.

No setor saúde, a feminização é confirmada como uma marca registrada, posto que, em 2006, as mulheres perfaziam mais de 70% de todo o contingente de trabalho em saúde, e com tendência ao crescimento [12]. A categoria profissional de ACS também segue este padrão, como pode ser percebido neste estudo.

O perfil profissional da categoria ACS, bem como a de enfermagem, está também relacionado com “o papel de cuidadora que a mulher sempre desempenhou na sociedade”, configurado na responsabilidade “pela educação e cuidado às crianças e aos idosos da família, o que contribui para a sua maior credibilidade e sensibilidade perante a comunidade assistida” [13].

Referente ao tempo de profissão, observa-se grande rotatividade dos profissionais ACS, devido à ausência de provas de seleção ou concurso público para a profissão.

Resultado diferente ao deste estudo, foi encontrado em outro estudo, onde 9 (36%) dos ACS tinha de 1 a 5 anos de profissão, 14 (56%), tinham de 6 a 10 anos de profissão, e 2 (8%) trabalhavam a mais de 10 anos na profissão. A diversidade em relação ao tempo de serviço de ACS ocorreu pelo fato de alguns participantes do estudo tiveram a experiência de atuar na função por terem passado em um processo de seleção [14].

Outro estudo também confirma a menor rotatividade dos ACS no trabalho e refere que este dado pode estar relacionado ao fato de gostarem do que fazem [15].

Porém a alta rotatividade pode estar associada ao tipo de vínculo empregatício, que pode ser por contrato por tempo definido, celetista, processo de seleção ou concurso público.

No Município escolhido para o estudo, observa-se alta rotatividade pelo fato do ingresso do ACS no serviço público se dar por contrato administrativo com tempo definido.

De acordo com a escolaridade, resultado igual ao deste estudo foi encontrado no estudo realizado por Oliveira, onde 82% dos participantes de ambos estudos possuem um nível de instrução relativo ao segundo grau, do atual ensino médio [16].

Outros autores referem que, quanto maior o grau de escolaridade, mais condições terá o ACS de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade [13].

Analisando a idade dos ACS envolvidos neste estudo, resultado semelhante foi encontrado também no estudo de Donaduzzi [14], onde a mesma aponta os adultos jovens como maioria no que se refere a admissão na profissão de ACS [14]. Esses dados ratificam um dos pré-requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que para se ACS deve ter idade acima de 18 anos, isto é, deve possuir capacidade civil plena, não havendo determinação de limite máximo de idade [15].

Por fim, vale salientar que este estudo pode apresentar limitações metodológicas. Utilizou-se um desenho de pesquisa qualitativo, quantitativo e epidemiológico analítico, o que impossibilita fazer inferências a respeito do perfil dos ACS, bem como fazer generalizações para outros profissionais ACS de outras Unidades de Saúde. Os dados foram coletados em 6 USF do Município de Brumadinho, e que provavelmente, tem certas particularidades que não são comuns às outras Unidades de Saúde da Família. Apesar dessas limitações, os resultados deste estudo fornecem subsídios importantes para a avaliação do perfil destes profissionais ACS. Destaca-se também o importante papel dos ACS como agente de mudança sociocultural, visto que é esse profissional que está em contato direto com os pacientes.

O ACS desempenha o papel de mediador social, sendo considerado como elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde, entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado [17].

Fica evidente neste trabalho essa função de elo. Mas eles apontam que seu papel vai além de um elo, uma vez que o papel desempenhado se manifesta quando o ACS dá voz para a comunidade ou é a voz da comunidade dentro dos serviços de saúde. Na Declaração de Jacarta, o conceito inglês de empowerment foi traduzido para o português como sendo dar voz para a comunidade. Entendemos que era esse o significado utilizado pelos agentes comunitários de saúde quando eles disseram que eles, ou davam voz para a comunidade ou eram a voz da

comunidade. A inserção deles se manifesta ao serem a voz da comunidade para dentro dos serviços de saúde mais do que o elo para a ligação entre os serviços de saúde e a comunidade [18].

Observa-se uma grande expectativa em torno do trabalho a ser desenvolvido pelos ACS junto às equipes de Saúde da Família para consolidar as ações a serem desenvolvidas. É possível constatar o papel de mediador das relações, comunicação e contato entre a comunidade e os serviços de saúde para as práticas no cotidiano do seu trabalho.

O trabalho do ACS, não está pautado na doença, mas sim no sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer, ele considera o paciente como “sujeito singular”, pertencente a uma família, a uma comunidade, ou organizações institucionais, ou seja, o território como espaço de intervenção. O agente comunitário de saúde tem a sensibilidade de ler, escutar e traduzir para as equipes de referência, as reais necessidades da população, encontradas em cada residência, em cada pessoa, em cada família e em cada comunidade [19].

Os agentes comunitários de saúde se sentem responsáveis não só pelos problemas identificados na comunidade, mas se solidarizam com o sofrimento das pessoas, ouvindo as demandas, buscando compreendê-las e realizando parcerias no sentido de encontrar soluções criativas e originais. O espaço em que eles vivem é o mesmo onde atuam, as pessoas de suas realidades sociais são as mesmas para quem dirigem suas ações de cuidado. Essa concordância de universo físico, social e psicológico, estimula o empenho de propor o bem viver desejado para o outro, como para si, numa ampliação de aspirações a nível biológico, relacional e sócio-político [17].

Diante disto, fica claro que o Agente Comunitário de Saúde estabelece vínculo, contribuindo para que as pessoas possam enfrentar problemas a partir de suas condições concretas de vida. Torna-se necessário a capacitação contínua desses profissionais, sendo as Unidades de Saúde da Família, um espaço coletivo para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

## Conclusão

Com base nos resultados encontrados neste estudo, observamos que o perfil dos ACS é bem heterogêneo e podemos também inferir que mais do que a escolaridade, tempo de profissão, sexo e idade, deve-se levar em conta principalmente a vivência e experiência profissional e de vida, e o conhecimento individual e prévio dos ACS. A feminização na profissão de ACS devido a característica cuidadora atribuída ao sexo feminino também é bem evidente.

Espera-se que este estudo, alerte aos gestores e a população o quanto é importante o papel do ACS e o quanto é importante um trabalho de educação continuada e permanente em saúde para a capacitação dos profissionais ACS, através do levantamento do perfil e necessidades destes.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília DF.; 2000. 69p. [citado em 2014 out]. [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia\\_pratico\\_saude\\_familia\\_psf1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf)
2. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Consolidado Histórico de Cobertura da Saúde Família. 2012. [citado em 2012 mar 12]. <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>
3. Brasil. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES. 2012. [citado em 2012 mar 22]. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>
4. Medeiros RLR, coordenadora, Andrade AMBA, Fernandes AFC, Almeida NMGS, Lessa MGG. O agente comunitário de saúde como agente de mudança sociocultural. Observatório de Recursos Humanos em Saúde Estação CETREDE/UFC/UECE. Fortaleza; 2006. [citado 2016 ago]. [http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/CETREDE/Agente\\_comunitario\\_mudanca.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Agente_comunitario_mudanca.pdf).
5. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: Avanços, Limites e Perspectivas. In: Matta GC, ed. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV; 2008.
6. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface (Botucatu) 2002;6(10):75-83.

7. Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad Saúde Pública* 2004;20(5):1328-33. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2004000500027>
8. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(3):426-33. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000300012>
9. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília/DF; 1997. 34p.
11. Dal Poz MR. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. *Interface Comunicação, Saúde, Educação* 2002;6(10):88-90. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832002000100009>
12. Machado MH. *Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária*. Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde 2006;3(1):13-28. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_rh.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf).
13. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(2):347-55. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232005000200012>
14. Donaduzzi DSS. *A Educação para o trabalho na perspectiva do agente comunitário de saúde*. [Dissertação]. Santa Maria/RS: Universidade Federal de Santa Maria; 2012.
15. Lopes DMQ. *Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos Agentes Comunitários de Saúde no trabalho*. [Dissertação]. Santa Maria/RS: Universidade Federal de Santa Maria; 2009.
16. Oliveira ACB. *O perfil sociodemográfico do agente comunitário do Programa de Saúde da Família (PSF): um estudo piloto realizado no Município de Mesquita – Rio de Janeiro*. [Internet]. Departamento de Serviço Social :Mesquita, Rio de Janeiro; 2009. 13p. [citado em 2015 ago]. (Relatório anual). Disponível em: [http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio\\_resumo2009/relatorio/ser/ana\\_cristina.pdf](http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2009/relatorio/ser/ana_cristina.pdf).
17. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2000.
18. Organização Mundial da Saúde. *Declaração de Jakarta*. In: Buss PM, ed. *Promoção da saúde e saúde pública*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 1997. p.174-8.
19. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.