
LETÍCIA LUANA CLAUDINO DA SILVA

**EQUIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE: UM OLHAR INTERSECCIONAL SOBRE A
REALIDADE DE AGENTES DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE
BRASILEIRO**

**SANTA CRUZ/RN
2025**

LETÍCIA LUANA CLAUDINO DA SILVA

**EQUIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE: UM OLHAR INTERSECCIONAL SOBRE A
REALIDADE DE AGENTES DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE
BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Wiering Pinto
Telles

Coorientador: Prof. Dr. José Jailson de
Almeida Júnior

Santa Cruz/RN
2025

LETÍCIA LUANA CLAUDINO DA SILVA

**EQUIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE: UM ESTUDO INTERSECCIONAL NA
PERSPECTIVA DE AGENTES DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE
BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Presidente da banca (orientador): Prof. Dr. Maurício Wiering Pinto Telles
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Jailson de Almeida Júnior (coorientador)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Adriana Gomes Magalhães
Examinador interno - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dra. Érika Rodrigues de Almeida
Examinador externo - Ministério da Saúde

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA - Santa Cruz

Silva, Letícia Luana Claudino da.

Equidade no trabalho em saúde: um olhar interseccional sobre a realidade de agentes de saúde de um município do nordeste brasileiro / Letícia Luana Claudino da Silva. - 2025.
79 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Santa Cruz, RN, 2025.

Orientação: Prof. Dr. Maurício Wiering Pinto Telles.

Coorientação: Prof. Dr. José Jailson de Almeida Júnior.

1. Equidade em Saúde - Dissertação. 2. Interseccionalidade - Dissertação. 3. Agentes Comunitários de Saúde - Dissertação. 4. Processo de Trabalho em Saúde - Dissertação. I. Telles, Maurício Wiering Pinto. II. Júnior, José Jailson de Almeida. III. Título.

RN/UF/FACISA

CDU 141.72:323.14

*“Dedico este trabalho ao meu irmão, Reinaldo.
De um lado, a dor e a saudade;
do outro, a luta, a força e a coragem para chegar até aqui.
O luto me atravessou, mas não me parou.
Teu amor me sustentou.
Cheguei ao fim;
terminei por você e por mim.”*

RESUMO

Introdução: A equidade em saúde constitui um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo condição essencial para a efetivação do direito universal à saúde e para a consolidação da justiça social. Garantir condições equitativas no SUS não se restringe à organização institucional, mas representa também um compromisso político e ético com a justiça social. Compreender como as desigualdades se manifestam nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, especialmente daqueles que atuam na linha de frente do cuidado, é essencial para a consolidação de um sistema mais justo e humanizado. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo analisar, a partir de uma perspectiva interseccional, as percepções de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) de um município do Nordeste brasileiro sobre as iniquidades vivenciadas no cotidiano de trabalho. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, desenvolvida com 15 participantes. A população deste estudo é composta por agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias do SUS de um município do Nordeste brasileiro. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e processados no software iRaMuTeQ, sendo analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A interpretação dos resultados considerou o referencial teórico da interseccionalidade e o conceito de equidade em saúde. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que as experiências de desigualdade se interseccionam por meio de marcadores sociais como gênero, raça, classe, idade e sexualidade, revelando que as iniquidades ultrapassam o campo do cuidado aos usuários e afetam também os trabalhadores da saúde. As categorias temáticas emergidas abordaram o desrespeito às identidades e à diversidade, as barreiras institucionais e territoriais no acesso ao cuidado, a precarização das condições de trabalho e a sobrecarga emocional, especialmente entre as mulheres. Verificou-se ainda que a naturalização dessas desigualdades compromete a vivência plena do princípio da equidade no SUS. **Considerações finais:** Promover a equidade no trabalho em saúde requer reconhecer e enfrentar as múltiplas dimensões das desigualdades estruturais que atravessam o cotidiano dos agentes de saúde. Constatou-se que as fragilidades das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde agravam essas desigualdades, limitando oportunidades de formação, reconhecimento e a necessidade de promoção de ambientes de trabalho saudáveis. A interseccionalidade mostrou-se um referencial potente para a compreensão das camadas invisíveis de desigualdade que atravessam o trabalho em saúde e, ao mesmo tempo, para apontar caminhos de transformação. Ressalta-se a importância do fortalecimento de políticas públicas e educação permanente, como estratégias em busca de um trabalho em saúde mais equitativo e humanizado.

Palavras-chave: Equidade em Saúde. Interseccionalidade. Agentes Comunitários de Saúde. Processo de Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Equity in health is one of the fundamental principles of the Brazilian Unified Health System (SUS), being an essential condition for ensuring the universal right to health and the consolidation of social justice. Guaranteeing equitable conditions within the SUS is not limited to institutional organization but also represents a political and ethical commitment to social justice. Understanding how inequalities manifest in the daily practices of health professionals, especially those on the front lines of care, is essential for consolidating a fairer and more humanized system. **Objectives:** This study aimed to analyze, from an intersectional perspective, the perceptions of Community Health Workers (CHWs) and Endemic Disease Control Workers (EDCWs) from a municipality in Northeastern Brazil regarding the inequities experienced in their daily work. **Methodology:** This is a qualitative and exploratory study conducted with 15 participants. The study population consisted of CHWs and EDCWs working in the SUS of a Northeastern Brazilian municipality. Data were collected through semi-structured interviews and processed using the iRaMuTeQ software, analyzed according to Bardin's Content Analysis technique. The interpretation of the results was guided by the theoretical framework of intersectionality and the concept of equity in health. **Results:** The findings revealed that experiences of inequality intersect through social markers such as gender, race, class, age, and sexuality, showing that inequities go beyond the sphere of user care and also affect health workers. The thematic categories addressed disrespect toward identities and diversity, institutional and territorial barriers to healthcare access, precarious working conditions, and emotional overload, especially among women. It was also observed that the naturalization of these inequalities compromises the full realization of the principle of equity within the SUS. **Final considerations:** Promoting equity in healthcare work requires recognizing and confronting the multiple dimensions of structural inequalities that permeate the daily lives of health workers. It was found that weaknesses in work management and health education policies aggravate these inequalities, limiting opportunities for professional development, recognition, and the promotion of healthy work environments. Intersectionality proved to be a powerful framework for understanding the invisible layers of inequality within healthcare work and, at the same time, for indicating paths of transformation. The strengthening of public policies and continuing education initiatives is emphasized as a strategy in the pursuit of more equitable and humanized healthcare work.

Keywords: Health Equity. Intersectionality. Community Health Workers. Healthcare Work Process

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitária de Saúde

ACE – Agente de Combate às Endemias

APS – Atenção Primária à Saúde

AS – Agente de Saúde

CEP – Comissão de Ética em Pesquisa

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNS – Conselho Nacional de Saúde

FACISA – Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi

FTS – Força de Trabalho em Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

PPGSACOL – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 A Abordagem Interseccional para a Compreensão das Iniquidades no Trabalho em Saúde	12
3 JUSTIFICATIVA	25
4 OBJETIVOS.....	26
4.1 Objetivo geral	26
4.2 Objetivos específicos	26
5 MATERIAIS E MÉTODOS.....	27
5.1 Características da pesquisa	27
5.2 Coleta de dados.....	28
5.3 Análise de dados	28
5.4 Aspectos éticos	30
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
6.1 Caracterização dos sujeitos	32
6.2 Classificação Hierárquica Descendente	33
6.3 Direitos, diversidade e (des)respeito às identidades no trabalho em saúde	34
6.4 Quando o caminho do cuidado encontra barreiras: a fragilidade no acesso e a reprodução do racismo e da lgbtfobia na APS.....	41
6.5 Qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde para a melhoria do trabalho na APS.....	44
6.6 Entrelaçamentos entre território, comunidade, vida e trabalho do agente de saúde.....	50
7 CONCLUSÕES.....	60
8 IMPACTO SOCIAL DO TRABALHO.....	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICES.....	69
ANEXOS	77
ANEXO A.....	78

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), materializada pela Constituição Federal de 1988, instaurou a saúde como direito universal e dever do Estado. Esse sistema, alicerçado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, representa não apenas um avanço institucional, mas um compromisso democrático com a promoção da justiça social e da dignidade humana (Ministério da Saúde, 2023). Este sistema representa um marco na consolidação do direito à saúde no Brasil, sendo reconhecido como uma conquista da sociedade brasileira.

No cerne do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel estratégico como porta de entrada articuladora da rede de serviços. Estruturada para responder às demandas mais próximas da comunidade, a APS organiza ações contínuas e territorializadas, apoiadas por princípios de protagonismo popular e adaptabilidade frente às especificidades culturais e sociais (Costa, 2024). Sendo a principal porta de entrada para o sistema e tendo como foco a promoção, prevenção e gestão de doenças. Além disso, a APS assume a responsabilidade de atender às necessidades de saúde da população de maneira abrangente, coordenando o cuidado ao longo da vida dos usuários (Starfield, 2002).

No contexto da busca pela equidade, o SUS enfrenta desafios significativos decorrentes das profundas desigualdades socioeconômicas que marcam a sociedade brasileira. A equidade, nesse âmbito, é compreendida como a distribuição justa dos recursos e serviços de saúde, de modo a garantir que cada indivíduo tenha acesso a cuidados adequados às suas necessidades específicas. Nessa perspectiva, a APS configura-se como um instrumento fundamental para a redução das disparidades e para a promoção da justiça no acesso aos serviços. Conforme destaca Starfield (2002), ao oferecer cuidados acessíveis, abrangentes e contínuos, a APS contribui de maneira efetiva para minimizar as desigualdades sociais e fortalecer a integralidade, promovendo, assim, um sistema de saúde mais equitativo e voltado às necessidades reais da população.

De forma complementar, Oliveira et al. (2013) ressaltam que a proximidade da APS com as comunidades possibilita uma compreensão mais profunda das necessidades locais, permitindo que os serviços sejam adaptados às especificidades de cada território e população. Para Paim (2006), o SUS, enquanto política pública de caráter universal, tem o potencial de promover a equidade ao articular o direito universal à saúde com os princípios da justiça distributiva. Tal perspectiva vai além da simples igualdade de acesso, pois envolve também o fortalecimento das condições dignas de trabalho para os profissionais de saúde, reconhecendo a importância da

justiça social e da valorização das particularidades regionais, culturais e estruturais no planejamento e na execução das políticas públicas de saúde.

Assim, a equidade no trabalho em saúde pressupõe o reconhecimento e o enfrentamento das desigualdades estruturais, especialmente nas regiões periféricas e vulneráveis do país. Nesses contextos, como observado em municípios nordestinos, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) evidencia perspectivas interseccionais fundamentais para a construção de um sistema verdadeiramente equitativo e sensível às múltiplas realidades locais (Morosini; Fonseca *et al.*, 2018).

No cenário do sistema de saúde brasileiro, a equidade no ambiente laboral dos profissionais de saúde apresenta-se como um tema central e desafiador. Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, ainda persistem desigualdades relacionadas à justiça, à valorização profissional e à igualdade de oportunidades. Nesse contexto, o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde, desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), representa uma iniciativa essencial. O programa tem como objetivo fortalecer a igualdade de oportunidades, assegurar o respeito aos direitos humanos e enfrentar as diferentes formas de violência e discriminação no trabalho, promovendo o acolhimento, a valorização e a proteção das trabalhadoras da saúde (Brasil, 2023).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), inserido na APS, desempenha papel estratégico nesse processo. Sua atuação ultrapassa a oferta de cuidados acessíveis e contínuos, pois está intrinsecamente ligada à redução das desigualdades em saúde e ao fortalecimento das relações entre profissionais e comunidade, configurando-se como elo fundamental entre o sistema de saúde e o território (Morosini; Fonseca, 2018).

Nesse cenário, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e as Agentes de Combate às Endemias (ACE) desempenham um papel indispensável, não apenas pela proximidade com as populações atendidas, mas também pela capacidade de identificar necessidades locais e estabelecer o vínculo com a comunidade, o que permite a efetivação do cuidado. Suas atividades incluem visitas domiciliares, orientação para prevenção de doenças e acompanhamento de pacientes crônicos, sendo frequentemente associadas à promoção da equidade em saúde (Samudio *et al.*, 2017).

Diferentemente da ACS, cuja atuação se concentra no acompanhamento familiar, a ACE tem como foco principal o ambiente e sua interação com a saúde da população. Sua atuação no território envolve a identificação e eliminação de criadouros de vetores, a aplicação de medidas de controle químico quando necessário, a coleta de amostras para exames laboratoriais e a

orientação da comunidade de riscos, visando a prevenção de agravos no território (Pereira *et al.*, 2021).

No entanto, a análise das condições de trabalho das ACS e ACE revelam desafios significativos, especialmente quando se considera a interseccionalidade das questões que atravessam suas experiências. Aspectos como gênero, orientação sexual, raça e etnia influenciam diretamente as relações sociais e o desempenho profissional na área da saúde. Oliveira *et al.* (2021) enfatizam a importância do conceito de interseccionalidade, proposto por Kimberlé Crenshaw em 1989, como uma ferramenta para compreender como diferentes formas de opressão e discriminação se entrelaçam, afetando grupos específicos de maneiras distintas.

Segundo Stelzer *et al.* (2021), a interseccionalidade permite analisar como identidades individuais, como gênero, raça e classe social, interagem para produzir desigualdades estruturais. Inicialmente aplicada para abordar questões do feminismo negro, a teoria evoluiu para contemplar uma ampla gama de contextos, incluindo as desigualdades no trabalho em saúde (Hancock, 2016; Hirata, 2014). Essa abordagem é essencial para compreender essas experiências, identificando as múltiplas dimensões que moldam suas vivências e desafios.

Nesse sentido, este estudo buscou explorar e responder às questões de equidade no trabalho das agentes de saúde, destacando as complexidades e dificuldades enfrentadas em seu cotidiano, sendo a interseccionalidade o eixo central de análise. Entre as questões norteadoras do estudo, destacam-se: Qual é a percepção das agentes de saúde sobre as iniquidades no trabalho em saúde? Quais são as implicações para o cotidiano dessas profissionais?

Esse trabalho é um dos produtos apresentados pelo termo de execução descentralizada - TED 161/2023 - entre Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação e Saúde do Ministério da saúde (SGTES/MS) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura deste trabalho foi submetida à publicação no livro “Fale com Agente: uma estratégia para a promoção da equidade no trabalho em saúde”, da editora do Instituto Federal da Paraíba (Editora IFPB), encontrando-se no prelo. Por isso, optamos apresentar, nesta seção, o material original que será publicado.

2.1 A Abordagem Interseccional para a Compreensão das Iniquidades no Trabalho em Saúde

Introdução

Este capítulo tem o intuito de discutir as iniquidades no trabalho em saúde a partir da perspectiva da interseccionalidade, com enfoque no trabalho da Agente Comunitária de Saúde (ACS) e da Agente de Combate às Endemias (ACE), buscando oferecer uma compreensão ampla e crítica das múltiplas dimensões em que as desigualdades atravessam esses profissionais e se fazem presentes no cotidiano do seu trabalho em saúde.

As ACSs e ACEs são escolhidos como centro desse debate em função do seu papel fundamental para o funcionamento da Estratégia de Saúde da Família e da Vigilância em Saúde, respectivamente. Sua inserção no território possibilita a identificação com a comunidade e a construção de uma relação de proximidade e vinculação com esta, muitas vezes caracterizada por uma propensão à solidariedade, ajuda mútua e liderança comunitária (Guanaes-Lorenzi; Pinheiro, 2016). Desse modo, tem-se a ACS e a ACE como importantes atores no processo de territorialização, por meio do vínculo comunitário, contribuindo para a identificação de fatores de riscos ambientais e no desenvolvimento de ações de comunicação, prevenção e proteção da saúde (Araújo; Souza, 2021).

Ainda que se reconheça a centralidade do trabalho das ACSs e das ACEs e seu importante papel na articulação de redes, favorecendo a integralidade, a intersetorialidade e a participação social, estudos sobre sua prática apontam tensões e desafios presentes em seu cotidiano (Guanaes-Lorenzi; Pinheiro, 2016).

Riquinho *et al.* (2017), em estudo utilizando grupos focais com agentes comunitários de saúde, registraram a presença de sentimento de frustração e desvalorização relacionados ao tratamento da equipe. Na percepção das ACSs participantes, ao mesmo tempo que lhes são depositadas expectativas de resolução para problemas variados, faltam-lhes o reconhecimento e a valorização. Também Peres *et al.* (2011) discutem sobre a presença de relações hierarquizadas

nas equipes de saúde, que privilegiam aqueles que possuem formação superior e saberes técnicos especializados e estabelecem assimetrias entre os profissionais. Diante disso, a ACS percebe-se como aquele que detém o menor poder. Nogueira (2019) evidencia a precarização do trabalho do desse profissional, aspecto que se expressa, ainda, nos vínculos empregatícios desiguais, precárias condições de trabalho e subremunerações.

Tais estudos demonstram expressões das iniquidades no trabalho em saúde, as quais produzem condições assimétricas no trabalho, nas oportunidades e no desenvolvimento profissional. A extensão das arbitrariedades em saúde tem sido documentada por diversos pesquisadores. Essas situações são resultado de uma estratificação social e de desigualdades políticas que orbitam o sistema de saúde. As condições sociais, culturais, de habitação, de emprego e renda bem como outros fatores, como gênero, raça e etnia, são importantes marcadores desses processos (Sanchez; Ciconelli, 2012).

A fim de promover essa discussão de forma aprofundada e multidimensional, utiliza-se a interseccionalidade como lente analítica, uma vez que tal perspectiva contribui para dar luz aos múltiplos atravessamentos das desigualdades e compreender a complexidade de fenômenos que constituem e reproduzem as iniquidades no trabalho em saúde. A interseccionalidade pode ser compreendida como uma ferramenta de análise que consegue dar conta de mais de uma forma de opressão simultânea. Desse modo, os processos discriminatórios não são concebidos de forma isolada, tampouco se trata de uma mera adição destes – a proposta que se empreende é abraçar a complexidade dos cruzamentos dos sistemas de opressão para se buscar compreender as condições específicas que deles decorrem (Kyrillos, 2020).

Diante disso, para a sistematização dessa discussão, as sessões a seguir apresentadas estão categorizadas como: O Trabalho da Agente Comunitária de Saúde e da Agente de Combate às Endemias; Equidade no trabalho em saúde e; e Interseccionalidade no âmbito do trabalho em saúde.

O trabalho da Agente Comunitária de Saúde e da Agente de Combate às Endemias na APS

A partir da década de 1990, o Brasil vivenciava um processo de redemocratização e de construção de políticas públicas mais inclusivas. Nesse cenário, a saúde era um tema central, e a busca por alternativas para ampliar o acesso aos serviços e melhorar a qualidade de vida da população era uma demanda crescente. A criação do SUS, em 1988, representou um avanço significativo neste sentido, ao estabelecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Para que o SUS se consolidasse como um sistema universal e equânime, era necessário, no

entanto, se fortalecer a Atenção Básica em Saúde e aproximar os serviços de saúde das comunidades. Nesse contexto, os ACSs surgiram como uma estratégia fundamental para fortalecer a relação entre os serviços de saúde e a população (Noronha, Pereira, 2013), tornando-se, então, sujeitos intrinsecamente ligados à construção do SUS no Brasil, e sua inserção nesse contexto histórico um marco na busca por uma saúde mais próxima das comunidades.

A Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, foi o primeiro passo para a formalização do trabalho das ACSs, consolidando a ideia de que a saúde deve ser construída de forma participativa e com base nas necessidades locais (Faria; Machado, 2022).

A Lei nº 11.350/2006, que regulamentou as profissões de ACS e ACE, consolidou a importância desses profissionais para o SUS. Essa lei definiu as atribuições, responsabilidades e condições de trabalho, reconhecendo-os como profissionais de saúde e garantindo seus direitos. Com a regulamentação da profissão, as ACSs e ACEs receberam o necessário amparo legal para sua atuação, o que também contribuiu para a valorização da categoria (Faria; Machado, 2022).

A Lei nº 13.595/2018, conhecida como Lei Ruth Brilhante,. Assim batizada em homenagem a uma agente comunitária que dedicou sua vida à causa, essa lei trouxe importantes avanços para as categorias ACS e ACE e para a Atenção Primária à Saúde (APS) (Carvalho *et al.*, 2022).

A Lei Ruth Brilhante surgiu como resposta à necessidade de fortalecer o papel dos ACSs e ACEs, na estruturação da APS e da vigilância ambiental e epidemiológica, e como forma de garantir melhores condições de trabalho para esses profissionais. A legislação anterior, embora tivesse estabelecido as bases para a atuação das ACSs e das ACEs, apresentava algumas lacunas e impedia o pleno desenvolvimento de suas atividades. A Lei 13.595/2018 veio, portanto, preencher essas lacunas, trazendo uma série de mudanças e avanços, como a consolidação da presença desses Agentes no SUS e ampliação de seus direitos, valorização da profissão e o fortalecimento da gestão do trabalho (Carvalho *et al.*, 2022).

A Agente Comunitária de Saúde e a Agente de Combate às Endemias desempenham papéis cruciais no Sistema Único de Saúde, atuando diretamente nas comunidades e contribuindo significativamente para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Embora ambos trabalhem em contato direto com a população, suas funções e áreas de atuação apresentam distinções importantes, complementando-se na construção de um sistema de saúde mais eficaz e abrangente (Evangelista *et al.*, 2019).

A ACS está inserido na Atenção Primária à Saúde, sendo o elo entre a equipe de saúde e a comunidade. Sua atuação se concentra no acompanhamento familiar, realizando visitas domiciliares regulares para monitorar as condições de saúde, identificar vulnerabilidades sociais e orientar as famílias sobre práticas de prevenção e promoção da saúde. A ACS também atua na identificação de casos suspeitos de doenças, encaminhando os usuários para os serviços de saúde, quando necessário, e participa ativamente de ações educativas e de mobilização da comunidade. Esse agente ainda promove a saúde no nível individual e familiar, fortalecendo o vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde (Morosini, Fonseca, 2018).

A atuação desses profissionais é marcada pela realização de visitas domiciliares, pela promoção de ações educativas em saúde, pelo cadastramento e acompanhamento de famílias, pela articulação com a equipe de saúde e pela participação em ações comunitárias. Ao desenvolver essas atividades, a ACS contribui para a promoção da saúde, para a prevenção de doenças e para a melhoria da qualidade de vida da população, fortalecendo os vínculos entre os serviços de saúde e a comunidade e contribuindo para a construção de um SUS mais humano e integral (Brito *et al.*, 2014).

Já a ACE atua no âmbito da vigilância em saúde, com foco principal no controle e prevenção de endemias, como dengue, zika, chikungunya, leishmaniose e outras doenças transmitidas por vetores. Sua atuação no território envolve a identificação de situações de risco ou vulnerabilidades no território, as quais possam vir a ocasionar adoecimentos na população. O trabalho da ACE também está intrinsecamente ligado ao controle de epidemias e à redução da incidência de doenças transmitidas por vetores (Pereira *et al.*, 2021).

A realidade do trabalho das ACS e ACE no território é marcada por desafios e conquistas. Ambas as categorias enfrentam dificuldades como a precarização dos vínculos empregatícios, a falta de infraestrutura adequada em algumas regiões e a necessidade de constante capacitação para lidar com as complexas demandas da saúde pública. O trabalho desses atores é fundamental para a efetivação dos princípios do SUS da universalidade, da integralidade e da equidade. A presença desses profissionais nas comunidades fortalece a APS, amplia o acesso aos serviços de saúde e favorece a melhoria da qualidade de vida da população (Fonseca, Morosini, 2021).

A atuação integrada de ACS e ACE é essencial para a construção de um sistema de saúde mais eficiente e resolutivo. Enquanto a ACS foca seu trabalho na promoção da saúde e no acompanhamento familiar, a ACE atua na prevenção e no controle de doenças, especialmente as endemias. Essa complementaridade permite uma abordagem abrangente dos problemas de saúde, considerando tanto os aspectos individuais quanto os coletivos. A troca de

informações entre esses dois universos profissionais também é fundamental para o planejamento de ações mais eficazes e para o direcionamento de recursos para as áreas mais necessitadas (Evangelista *et al.*, 2019).

Equidade no Trabalho em Saúde

Whitehead (1992), formulou o conceito de equidade em saúde, incorporando o parâmetro de justiça à distribuição igualitária. Segundo essa estudiosa, as iniquidades em saúde referem-se a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de serem consideradas injustas e indesejáveis, tendo, portanto, uma dimensão profunda nos aspectos éticos e sociais. Para garantir equidade no trabalho em saúde, mais do que a distribuição igualitária de recursos e oportunidades exige-se uma abordagem que considere as condições específicas de diferentes grupos de trabalhadores dessa seara, levando-se em conta fatores como gênero, raça, classe social e local de trabalho. No caso dos ACSs e ACEs, essas questões assumem uma importância particular, dado o papel central que esses profissionais desempenham na promoção da saúde.

Segundo Silva e Filho (2009), há uma busca constante por justiça na distribuição de recursos e oportunidades de saúde. Esses autores enfatizam a confusão terminológica entre conceitos como equidade, igualdade, desigualdade e iniquidade, geralmente tratados como sinônimos, o que dificulta a sua compreensão. Diferente de igualdade, que implica fornecer os mesmos recursos a todos, a equidade reconhece que diferentes indivíduos e grupos possuem necessidades distintas, exigindo, portanto, alocação diferenciada de recursos e serviços para alcançar resultados justos (Ministério da Saúde, 2024).

De acordo com Pereira (2009), a equidade visa eliminar essas disparidades injustas e evitáveis – trata-se de serem consideradas e respeitadas as diferentes necessidades e condições sociais dos indivíduos, frequentemente oriundas de fatores socioeconômicos, culturais, geográficos e políticos. Isso significa que todos, independentemente de sua condição socioeconômica, localização geográfica, raça, gênero ou qualquer outra característica, devem ter as mesmas oportunidades.

Para Sen (2001), agir com equidade vai além de simplesmente oferecer os mesmos recursos para todos. Sob a perspectiva desses autores, grupos vulneráveis ou desfavorecidos devem receber mais atenção ou recursos para compensar as desvantagens estruturais que enfrentam.

A equidade no trabalho em saúde é uma extensão do conceito de equidade em saúde – visa garantir que os trabalhadores da saúde, especialmente os que atuam na Atenção Básica, tenham condições adequadas de trabalho e acesso igualitário a oportunidades de desenvolvimento profissional.

Ainda que essas situações não sejam desconhecidas das autoridades dessa área, as iniquidades no trabalho em saúde ainda se manifestam de diversas formas: nas desigualdades salariais, na falta de acesso a programas de capacitação e crescimento profissional, nas questões de gênero e ainda nas precárias condições de trabalho. Essas desigualdades são frequentemente reforçadas por fatores socioeconômicos, culturais e institucionais, que dificultam a promoção de um ambiente de trabalho justo e igualitário (Valsechi; Marques 2023).

De acordo com Paim et al. (2011) e Speroni *et al.* (2016), apesar dos avanços alcançados pelo SUS, ainda existem desafios significativos a serem superados, especialmente no que diz respeito às desigualdades persistentes nas condições de trabalho das profissionais da saúde. A falta de reconhecimento da diversidade das necessidades dos trabalhadores e a ausência de políticas públicas eficazes para garantir uma distribuição equânime de recursos e oportunidades acabam perpetuando a desigualdade dentro do próprio Sistema de Saúde. Neste sentido, é essencial que o SUS continue a avançar no sentido de promover a equidade no trabalho, criando um ambiente mais justo e inclusivo para todos os trabalhadores da saúde, quaisquer que sejam suas condições no que diz respeito a localização geográfica, raça, gênero ou outras características pessoais.

Para Campos (2006), embora o SUS tenha logrado avanços significativos em termos de acesso e utilização de serviços de saúde, as desigualdades persistem, especialmente nas regiões mais periféricas e nas áreas de maior vulnerabilidade social. Essas desigualdades indicam que a equidade na saúde é um objetivo contínuo que exige uma vigilância constante e a avaliação das políticas públicas implementadas.

O trabalho das ACSs e ACEs na Atenção Primária é fundamental para a organização do SUS, especialmente em um país marcado por desigualdades sociais, econômicas e regionais, como é o caso do Brasil. A atuação desses profissionais, que atuam diretamente nas comunidades, possibilita um vínculo estreito entre os serviços de saúde e a população, garantindo um acesso mais próximo e humanizado aos cuidados necessários. Verificada a importância desse trabalho, é essencial compreender as condições estruturais dos ambientes laborais desses sujeitos, suas potencialidades e valores pessoais, especialmente quando analisados sob a ótica da interseccionalidade, considerando os diferentes aspectos sociais e culturais que influenciam a realidade desses trabalhadores (Silva *et al.*, 2020).

A APS, sendo a porta de entrada preferencial do SUS, representa um papel crucial na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na gestão de condições crônicas. A presença dos ACSs e ACEs é vital para que essas ações sejam realizadas de forma eficiente, alcançando as populações que, de outra forma, poderiam ser negligenciadas. A implementação de políticas públicas que garantam condições dignas de trabalho e o reconhecimento da importância desses

profissionais é fundamental para a promoção da equidade. Apesar de se saber da relevância dessa atuação, o trabalho das ACSs e ACEs, no entanto, é frequentemente marcado por precariedade, sobrecarga de tarefas e baixo reconhecimento social, o que impacta diretamente na qualidade dos serviços prestados e no bem-estar físico e mental desses trabalhadores (Marotta *et al.*, 2024).

Estudos sobre o trabalho das ACSs e ACEs em diversas regiões do Brasil têm demonstrado que essas desigualdades não são homogêneas, ou seja, profissionais que pertencem a grupos marginalizados, como mulheres negras ou pessoas de classes sociais mais baixas, enfrentam desafios ainda maiores em relação ao acesso a recursos, apoio institucional e reconhecimento profissional. O contexto de trabalho desses profissionais é muitas vezes marcado por longas jornadas, condições precárias de infraestrutura, baixa remuneração e, muitas vezes, a falta de segurança jurídica em relação aos seus direitos trabalhistas. Esses fatores podem resultar em um desgaste físico e emocional significativo, o que compromete tanto a qualidade do trabalho quanto a saúde mental dos profissionais (Lima *et al.*, 2021).

Como já dito anteriormente, a equidade no trabalho em saúde não se limita ao reconhecimento das desigualdades entre os trabalhadores, mas envolve também a criação de políticas públicas que visem à redução dessas disparidades. A respeito disso, foi criado o Programa de Equidade das Trabalhadoras no SUS, com o intuito de promover a igualdade de oportunidades, enfrentar violências no trabalho e garantir a saúde e os direitos das trabalhadoras da saúde. Essa iniciativa, entretanto, não se estendeu sequer às ACSs nem às ACEs, ainda que profissionais e frequentemente estejam na linha de frente da atenção à saúde, mas nem sempre recebam a devida atenção nas políticas de valorização do trabalho em saúde (Carvalho *et al.*, 2020).

Ademais, a equidade no trabalho das ACSs e ACEs também está vinculada à capacitação contínua desses profissionais, que, apesar de sua relevância no processo de promoção da saúde, não recebem a formação e o treinamento necessários para enfrentar os desafios complexos que surgem nas comunidades. Programas de formação que contemplem a abordagem interseccional e ofereçam suporte psicológico são essenciais para garantir não apenas a qualificação técnica mas também o bem-estar e a valorização desses trabalhadores. O fortalecimento da Atenção Básica passa pela garantia de que os ACSs e ACEs tenham acesso a essas formações, permitindo que desempenhem suas funções de forma mais eficiente e saudável (Faria *et al.*, 2020).

A valorização da profissão de ACS e ACE está diretamente ligada à percepção pública sobre a importância de suas funções. O reconhecimento social e institucional desses profissionais é um passo importante para a melhoria das condições de trabalho e, conseqüentemente, para a promoção da equidade. A invisibilidade das funções desempenhadas pelas ACSs e ACEs, muitas vezes relegados a tarefas secundárias ou pouco reconhecidas, reflete uma desigualdade estrutural

que permeia o sistema de saúde. A interseccionalidade oferece uma lente através da qual podemos observar essas desigualdades e desenvolver estratégias para mitigar os efeitos da marginalização desses profissionais (Lima *et al.*, 2021).

Por fim, a compreensão das condições de trabalho das ACSs e ACEs, sob a perspectiva da interseccionalidade, é essencial para a formulação de políticas públicas mais justas e eficazes no contexto da APS. A análise das múltiplas dimensões que atravessam as experiências desses trabalhadores revela a complexidade do trabalho em saúde no Brasil, especialmente, no Estado do Rio Grande do Norte, onde se localiza o município cenário desse estudo e onde as desigualdades sociais, econômicas e políticas são latentes. Este tipo de estudo pode oferecer dados valiosos para a construção de um sistema de saúde que seja verdadeiramente equitativo, garantindo que todos os trabalhadores da saúde, independentemente de sua identidade social ou profissional, tenham as condições necessárias para oferecer cuidados de qualidade à população (Silva *et al.*, 2020).

Interseccionalidade no âmbito do trabalho em saúde

A interseccionalidade é um conceito central para se compreenderem as desigualdades sociais que afetam determinados grupos em múltiplas dimensões. Introduzido por Kimberlé Crenshaw em 1989, a interseccionalidade analisa como diferentes eixos de opressão, como gênero, raça, classe social, etnia e outros, se entrelaçam e criam experiências únicas de discriminação e marginalização. Este conceito tem sido fundamental para os estudos de desigualdade, pois permite que se reflita sobre as complexas realidades vividas por indivíduos que pertencem a múltiplos grupos marginalizados. Quando aplicada ao contexto do trabalho em saúde, especialmente no caso das Agentes Comunitárias de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, a interseccionalidade fornece uma lente crítica para avaliar as condições de trabalho dessas profissionais e constatar como as desigualdades estruturais impactam diretamente suas vidas e seu trabalho (Pereira, 2021).

A aplicação da interseccionalidade ao trabalho em saúde revela que a experiência dos ACSs e ACEs é influenciada por diversas camadas de desigualdade – mulheres negras ou trabalhadoras de classes sociais mais baixas, por exemplo, podem enfrentar desafios específicos, como discriminação de gênero e racial, além das condições adversas de trabalho. A interseccionalidade oferece, portanto, uma compreensão mais holística e detalhada das dificuldades enfrentadas por esses profissionais, permitindo que se identifiquem não apenas as questões relacionadas à formação profissional e às condições materiais de trabalho mas também as barreiras psicológicas e sociais que afetam sua capacidade de desempenhar suas funções de forma eficaz (Machado; Teixeira; Possa, 2019).

As ACSs e ACEs, muitas vezes pertencentes a grupos vulneráveis, enfrentam uma série de dificuldades decorrentes das desigualdades estruturais e das especificidades de suas condições de trabalho. A sobrecarga de atividades, a falta de recursos adequados e de apoio institucional são desafios recorrentes que impactam diretamente a saúde mental e física desses profissionais. Ao considerar a interseccionalidade, é possível observar que esses desafios são exacerbados para trabalhadores que enfrentam múltiplos tipos de discriminação, como mulheres negras ou pessoas de comunidades periféricas. A análise interseccional, portanto, permite que se identifiquem as formas como as condições de trabalho podem ser ainda mais prejudiciais para aqueles que já enfrentam vulnerabilidades sociais (Dias, 2022).

No contexto do trabalho em saúde, a perspectiva da interseccionalidade também ilumina como as políticas públicas podem, ou não, abordar as desigualdades vividas pelas ACSs e ACEs. Embora o Sistema Único de Saúde tenha avançado na promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, a realidade das condições de trabalho desses profissionais não reflete esse avanço. As políticas de saúde e de trabalho, muitas vezes, não consideram as complexas interações entre as diferentes formas de desigualdade que esses sujeitos enfrentam. Isso se traduz em uma lacuna nas abordagens de valorização profissional, formação continuada e suporte institucional, elementos que são fundamentais para garantir um trabalho digno e eficaz (Barbosa *et al.*, 2024).

A interseccionalidade também ajuda a compreender a diversidade de experiências dentro da categoria das ACSs e ACEs. Nem todos os trabalhadores enfrentam as mesmas barreiras, e a interseccionalidade permite a identificação das experiências mais marginalizadas e invisíveis. Essa diferenciação na experiência de trabalho deve ser considerada, ao se planejarem políticas públicas de valorização da profissão e ao se criarem estratégias para melhorar as condições de trabalho desses profissionais (Stelzer; Kyrillos, 2021).

Estudos sobre a interseccionalidade no Brasil têm demonstrado que a atuação de profissionais da saúde nas periferias urbanas e em áreas rurais é marcada por desigualdades estruturais que atravessam as identidades sociais desses trabalhadores. O estado onde se localiza município cenário deste estudo, possui uma grande diversidade cultural e social, e as ACSs e ACEs que ali atuam enfrentam desafios particulares em decorrência das especificidades locais. A análise interseccional nesse contexto permite não apenas uma compreensão das condições de trabalho desses Agentes mas também um olhar mais atento para as questões culturais e históricas que influenciam a prestação de cuidados à população, especialmente nas áreas mais carentes (Dias, 2022).

Além disso, ao aplicar a interseccionalidade no contexto do trabalho em saúde, é possível evidenciar como as diferentes formas de opressão e discriminação afetam as relações entre os

profissionais de saúde e as comunidades que atendem. A proximidade das ACSs e ACEs com as populações vulneráveis pode ser vista tanto como uma vantagem, por possibilitar o estreitamento de laços e o entendimento das necessidades locais, quanto como um desafio, uma vez que esses profissionais podem se sentir sobrecarregados pelas dificuldades estruturais que enfrentam em suas vidas pessoais e profissionais. Neste sentido, a interseccionalidade oferece uma perspectiva crítica que ajuda a repensar as estratégias de integração e apoio aos Agentes Comunitários, buscando mitigar os efeitos da discriminação no exercício de suas funções (Pereira, 2021).

Por fim, a integração da interseccionalidade nas políticas públicas de saúde e trabalho é essencial para a construção de um sistema de saúde mais justo e equitativo. A análise interseccional oferece uma visão abrangente das desigualdades que permeiam a vida e o trabalho das ACSs e ACEs, permitindo a criação de políticas públicas mais inclusivas, que atendam às necessidades de todos os profissionais de saúde, independentemente de sua identidade social. Além disso, ao considerar a interseccionalidade, é possível implementar ações afirmativas que promovam a valorização desses trabalhadores, melhorem suas condições de trabalho e garantam um atendimento mais qualificado e equitativo às populações atendidas (Lima *et al.*, 2021).

Considerações Finais

Por meio dessa sistematização, fica evidente que as ACSs e ACEs desempenham um papel indispensável na estrutura do SUS. Sua atuação direta nas comunidades fortalece a Atenção Primária à Saúde, promovendo ações de prevenção e promoção da saúde que impactam positivamente na qualidade de vida da população.

Ao longo dos anos, diversas legislações consolidaram a importância desses profissionais, garantindo direitos e regulamentando suas atividades. Mesmo assim, desafios ainda persistem, como a precarização das condições de trabalho e o devido reconhecimento à sua atuação. Isso é retrato das iniquidades vivenciadas por esses agentes, o que reforça que a promoção da equidade no trabalho em saúde deve ser um princípio norteador, no sentido de buscar assegurar que ACSs e ACEs tenham a valorização e suporte adequados para exercer suas funções com autonomia e qualidade.

Para que o SUS continue se desenvolvendo como um sistema universal e justo, é fundamental garantir condições adequadas de trabalho a esse público. Sua atuação integrada possibilita uma abordagem mais abrangente dos problemas de saúde pública, tornando os serviços mais acessíveis e eficazes. Em síntese, podemos afirmar que o compromisso com a equidade e com o fortalecimento da APS é essencial para que o Brasil avance na construção de uma saúde

mais humanizada, eficiente e inclusiva para os usuários e para os trabalhadores.

Referências Bibliográficas

BARBOSA, A. C. *et al.* Vulnerabilidades mediando o encontro do cuidado em saúde: por uma agência interseccional. **Ciência saúde coletiva**, v. 29, n. 7, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equidade em Saúde**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/o-que-e-equidade>>. Acesso em: 22 nov. 2024

BRITO, R. S. *et al.* Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Saúde Transform. Soc.**, v. 5, n. 1, p. 16-21, 2014.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde soc.**, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CARVALHO, A. M. P. *et al.* A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Caderno saúde pública**, v. 28, n. 4, 2020.

CARVALHO, D. J. G. *et al.* Atuação dos residentes multiprofissionais em saúde da família na capacitação de agentes comunitários de saúde: relato de experiência. **Ciência plural**, v. 8, n. 1, 2022.

DE ARAÚJO, I. M. M.; DE SOUSA, L. M. P. Ecologia de saberes e território: integração do ACS e do ACE na Atenção Primária à Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 43-68, 2021.

DIAS, M. N. F. O olhar do agente comunitário de saúde para a sua prática profissional: entre o trabalho real e o trabalho prescrito. **Revista Trabalho Necessário**, v. 20, n. 43, 2022.

EVANGELISTA, J. G. *et al.* Agentes de combate às endemias: construção de identidades profissionais no controle da dengue. **Trab. Educ. Saúde**, v. 17, n. 1, 2019.

FARIA, C. C. M. V.; PAIVA, C. H. A. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. **Trabalho educ. Saúde**, v. 18, n. 1, 2020.

FARIA, C. D.; MACHADO, Y. J. Análise comparativa: direitos humanos e as leis orgânicas da saúde. **Revista bioét.**, v. 30, n. 3, p. 558-563, 2022.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. **APS em revista**, v. 3, n. 3, p. 210-223, 2021.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016.

KYRILLOS, Gabriela M. Uma análise crítica sobre os antecedentes da interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 1, p. e56509, 2020.

LIMA, J. G. *et al.* O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Caderno saúde pública**, v. 37, n. 8, 2021.

MACHADO, F. V.; TEIXEIRA, L. B.; POSSA, L. B. Experiência e (des)identificação no enfrentamento de desigualdades e preconceitos na percepção dos agentes comunitários de saúde. **Revista psicol.**, v. 25, n. 2, 2019.

MAROTTA, C. S. *et al.* Atenção primária como porta de entrada preferencial à rede de atenção à saúde. Percepção de moradores assistidos por um projeto comunitário. **Revista saber digital**. V. 17, n. 2, 2024.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 261-274, 2018.

NOGUEIRA, M. L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 309-323, 2019.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. p. 19-32.

PAIM, J. *et al.* O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PEREIRA, André. **Equidade em saúde: teoria e prática no contexto brasileiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009

PEREIRA, B. C. J. Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade. **Revista Ciência soc.** V. 21, n. 3, 2021.

PEREIRA, G. A. *et al.* Integração do agente de combate às endemias na Estratégia Saúde da Família, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2017. **Epidemiolo. Serv. Saúde**, v. 30, n. 1, 2021..

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe *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, p. 905-911, 2011.

RIQUINHO, D. L. *et al.* O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 163-182, 2017.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SEN, Amartya. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVA, K. M. V.; FILHO, N. A. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Caderno saúde pública**, v. 25, n. 2, 2009.

SILVA, T. L. *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.

SPERONI, K. S.; FRUET, I. M. A.; DALMOLIN, G. L.; LIMA, S. B. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Revista Cuidarte**, v. 7, n. 2, p. 1325-1337, 2016.

STELZER, J.; KYRILLOS, G. M. Inclusão da Interseccionalidade no âmbito dos Direitos Humanos. **Revista Direito e Práxis**, v. 12, p. 237-262, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/44747>. Acesso em: 01 nov. 2024.

VALSECHI, D. F.; MARQUES, M. C. C. *et al.* Equidade em saúde para a população em situação de rua: uma revisão crítica. **Saúde debate**, v. 47, n. 139, 2023.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

3 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa tem como ponto de partida um projeto de pesquisa e extensão que está vinculado ao Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no SUS, uma iniciativa coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2023), o projeto tem como objetivo formular estratégias de mudança em conjunto com os serviços de saúde relativos às iniquidades em saúde.

A relevância desta pesquisa estende-se à necessidade de desenvolver estratégias e políticas específicas que atendam às demandas dessas profissionais. Ao investigar as interseções entre diversos aspectos da equidade em saúde e o trabalho dessas profissionais, podemos identificar lacunas existentes nas abordagens atuais de suporte à saúde dessas trabalhadoras. Dessa forma, esse estudo poderá servir como base para gestores, formuladores de políticas e demais atores envolvidos na esfera da saúde pública.

Outrossim, embora trate-se de um grupo profissional de grande importância no cenário da saúde, ao realizar uma busca simplificada nas principais bibliotecas virtuais a nível nacional não foi localizado nenhum estudo totalmente convergente com a temática, público-alvo ou metodologia proposta, evidenciando assim o ineditismo do tema e a fragilidade do aporte científico, o qual respalda a realização de investigações originais acerca da temática

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar a percepção das agentes de saúde de um município nordestino participantes de um projeto de extensão, sobre a iniquidade no trabalho em saúde e suas implicações para o seu cotidiano.

4.2 Objetivos específicos

- a) Levantar o perfil das ACS e ACE dos municípios de um município do Nordeste participantes de um projeto de extensão sobre equidade no trabalho em saúde;
- b) Compreender as iniquidades vivenciadas pelos ACS e ACE dos municípios de um município do Nordeste em seu local de trabalho;
- c) Analisar os impactos das iniquidades para o cotidiano dos ACS e ACE;
- d) Investigar as estratégias institucionais adotadas para as questões relativas à promoção da equidade no trabalho dos ACS e ACE no municípios estudado.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Características da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório, cujo cenário é um município do Nordeste brasileiro, mas especificadamente de uma capital, vale ressaltar que o município não será citado ao longo do trabalho, afim de assegurar a não identificação das participantes. Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa concentra-se no nível subjetivo e relacional da realidade social, explorando aspectos como história, significados, crenças, valores e atitudes dos atores sociais. Esse método busca compreender a subjetividade das pessoas e suas experiências, proporcionando uma análise profunda e detalhada dos fenômenos sociais.

A população deste estudo é composta por Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias do SUS de um município nordestino. Os participantes do estudo estavam envolvidas em um projeto de extensão, cujo objetivo principal fomentar práticas que promovam a justiça e a equidade no contexto das ações de saúde pública.

Para a seleção dos sujeitos da pesquisa, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: (a) ser agente comunitário de saúde ou agente de combate às endemias atuante no município participante do projeto, (b) ter participado do curso de extensão promovido pelo referido projeto, e (c) possuir pelo menos um ano de experiência profissional comprovada na área.

Essa delimitação criteriosa visou garantir que os participantes sejam representativos do contexto investigado e estejam diretamente envolvidos na execução das ações relacionadas ao projeto, o que contribuirá para a obtenção de dados consistentes e relevantes para a análise proposta.

5.2 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos, tendo início do mês de Outubro do ano de 2024 e sendo finalizada no mês de Março do ano de 2025. No primeiro momento foi estabelecido o contato inicial com o participante, ocasião em que foi aplicado o questionário sociodemográfico e ocupacional (APÊNDICE A). Esse instrumento teve como objetivo identificar e levantar informações pertinentes ao perfil das participantes, garantindo a obtenção de dados que contribuam para a análise desse estudo.

No segundo momento, foram realizadas entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE B). Essa técnica é reconhecida por permitir uma maior abertura para o diálogo, ao mesmo tempo em que possibilitou ao entrevistador captar aspectos subjetivos das experiências relatadas (Batista, Matos, Nascimento, 2017).

Todas as entrevistas foram realizadas de forma individual, em ambiente reservado e apropriado, garantindo a confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes. A condução das entrevistas foi de total responsabilidade da pesquisadora principal do estudo, que também se encarregou da gravação das falas, mediante o uso de um gravador de áudio. É importante destacar que as entrevistas e gravações somente foi realizada com a expressa autorização do participante, formalizada por meio da assinatura do Termo de Autorização para Gravação de Áudio/Imagem (APÊNDICE D). Após a realização das entrevistas, os dados gravados foram transcritos com o auxílio do aplicativo Word, pertencente ao pacote Office, assegurando a fidedignidade das informações obtidas.

Vale salientar, que as entrevistas foram realizadas de forma simultânea às atividades extensionistas, o que permitiu observar para além dos discursos, mas também aspectos práticos de sua atuação, envolvimento nas atividades de extensão e processo de educação continuada. Todos os participantes integravam o projeto contemplado por um chamamento público do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras e que tem como propósito fomentar práticas orientadas pela justiça e pela equidade no contexto das políticas públicas de saúde, além de valorizar e dar visibilidade a essa categoria profissional que ocupa lugar estratégico na mediação entre serviços e comunidades.

Durante todo o processo, a pesquisadora tomou todos os cuidados necessários, afim de garantir rigor ético, técnico e metodológico. Assegurando que os direitos e a privacidade dos participantes sejam plenamente respeitados durante todas as etapas do estudo.

5.3 Análise dos dados

A Análise de Conteúdo, proposta por Laurence Bardin (1977), será a abordagem metodológica adotada nesta pesquisa. Esse método se caracteriza por organizar e interpretar os dados de forma sistemática, a fim de identificar padrões, temas e significados subjacentes. Sua aplicação envolve uma série de etapas rigorosas que asseguram a fidedignidade e a profundidade da análise.

Inicialmente, realiza-se a pré-análise, etapa em que os dados brutos são preparados, incluindo a transcrição das entrevistas e a categorização dos documentos coletados. Em seguida, procede-se à exploração dos dados, buscando identificar as unidades de registro, que correspondem às informações mais relevantes. Após essa identificação, os dados são

codificados, agrupando as unidades de registro em categorias que representam os temas emergentes. Durante todo esse processo, é essencial a revisão contínua das categorias, garantindo que sejam coerentes e representativas.

Na etapa de interpretação, a pesquisadora se debruça sobre os significados subjacentes aos dados, buscando identificar padrões, estabelecer relações e contextualizar os achados dentro do escopo do estudo. Os resultados da análise serão apresentados de maneira clara e organizada, recorrendo a citações ou exemplos específicos para ilustrar os principais temas identificados. Além disso, as limitações do estudo e potenciais vieses serão considerados cuidadosamente, sendo aplicadas estratégias como a triangulação de métodos e a revisão por pares para validar os resultados obtidos.

Como parte do processo de análise, foi utilizado o software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (iRaMuTeQ) versão 0.8 alpha 7. Este recurso tecnológico permitiu uma análise quantitativa e qualitativa dos dados textuais, contribuindo para identificar as relações entre palavras, frases e contextos no material coletado. O iRaMuTeQ possibilitou a realização de análises lexicais, análise de similitude e classificação hierárquica descendente, o que amplia a profundidade da investigação e a compreensão dos dados. Sua aplicação nesta pesquisa foi uma etapa essencial para garantir maior robustez e precisão na análise de conteúdo, além de facilitar a identificação de padrões relevantes e a organização dos temas emergentes (Souza *et al.*, 2018).

Para a análise dos resultados apresentados nesse estudo, foi a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que resultou na identificação de cinco classes temáticas distintas, extraídas do corpus geral. Essas classes representam agrupamentos de segmentos de texto com similaridade lexical e foram dispostas em um dendrograma que evidencia as relações entre os temas. Essas divisões indicam relações de proximidade entre os conteúdos, e isso nos permite saber quais classes são mais centrais e derivadas.

Portanto, a combinação entre a abordagem de Bardin (1977) e a utilização do iRaMuTeQ permitirá uma análise criteriosa e fundamentada, potencializando a qualidade dos resultados e assegurando que as interpretações sejam sustentadas por evidências sólidas. Esse processo metodológico visa contribuir para a compreensão aprofundada dos fenômenos investigados, de forma ética e rigorosa.

Posteriormente, na etapa de interpretação, buscou-se compreender os significados subjacentes aos dados, analisando padrões, relações e contextualizando os achados. A pesquisa envolveu 15 participantes, entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), identificados nesta análise sob a nomenclatura Agentes de

Saúde (AS), numerados de 1 a 15 para a identificação das falas e apresentação dos resultados.

Para a análise dos dados sociodemográficos, os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e submetidos à análise estatística utilizando o software SPSS versão 22.0.

5.4 Aspectos éticos

Todos os procedimentos realizados neste estudo foram conduzidos em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece diretrizes éticas para pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (Brasil, 2012). O projeto foi devidamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo o parecer favorável de número 7.094.871 e CAAE: 81444724.1.0000.5568 . Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, garantindo o direito à autonomia e à confidencialidade dos dados, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Desta forma, assegurou-se a integridade e o respeito aos princípios éticos em todas as etapas do trabalho.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem como principal finalidade assegurar os direitos e deveres de todos os envolvidos, sejam participantes ou pesquisadores, durante o desenvolvimento do estudo. O anonimato dos participantes será rigorosamente garantido, com o objetivo de evitar qualquer tipo de dano, constrangimento ou desconforto. Os participantes foram devidamente informados sobre o caráter voluntário da pesquisa e sobre a possibilidade de desistência em qualquer etapa, sem prejuízos ou penalizações. Este estudo também se compromete a respeitar as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2019), reforçando a segurança e a confidencialidade das informações coletadas.

Para proteger os dados coletados, as transcrições de áudios gravados durante as entrevistas foram armazenadas em um sistema de armazenamento digital com verificação em duas etapas, garantindo acesso exclusivo à pesquisadora responsável e ao orientador do estudo. Esses dados são utilizados exclusivamente para a execução do projeto e armazenados pelo período mínimo de cinco anos, conforme as orientações éticas vigentes. Após esse prazo, as informações serão descartadas de maneira adequada e segura.

Adicionalmente, as informações geradas como produto da pesquisa serão divulgadas

apenas de forma anônima. Não serão utilizadas iniciais ou quaisquer outros elementos que possibilitem a identificação dos participantes, preservando sua privacidade e segurança. A divulgação dos resultados seguirá padrões éticos, com o intuito de compartilhar o conhecimento produzido sem comprometer a identidade ou os direitos dos envolvidos.

O cumprimento dessas diretrizes é essencial para garantir a integridade e a validade científica da pesquisa, além de reforçar o compromisso ético com os participantes e a sociedade. Todos os aspectos do estudo foram conduzidos de forma transparente, assegurando que os participantes compreendam plenamente os objetivos e as implicações de sua participação.

Por fim, a pesquisadora e o orientador assumem a responsabilidade de monitorar continuamente o cumprimento dos requisitos éticos, garantindo que o estudo seja realizado de forma ética, segura e alinhada aos valores de respeito e proteção aos participantes. Essa abordagem reflete o compromisso em conduzir uma pesquisa de alta qualidade, ética e relevante para a comunidade científica e social.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos sujeitos

Os dados apresentados na Tabela 1, trata-se daqueles obtidos por meio do questionário sociodemográfico e ocupacional, estando organizados em categorias como gênero, raça, estado civil, escolaridade, idade, mãe solo, possui filhos.

A amostra foi composta por 15 agentes de saúde, com predominância do sexo feminino (60,0%) e de pessoas que se autodeclararam pretas (40,0%) ou pardas (53,3%), despontando uma força de trabalho majoritariamente não branca. A idade variou de 29 a 55 anos, com concentração nas faixas de 29-34 anos (40,0%) e 45-55 anos (40,0%). No que se refere à escolaridade, 40,0% possuíam ensino superior completo e 20,0% pós-graduação, pressupondo qualificação formal relevante, apesar de, muitas vezes, não reconhecida no ambiente de trabalho.

Observa-se que a maioria das participantes da pesquisa são mulheres (60%). Esse achado reflete a realidade nacional, na qual a força de trabalho do SUS é majoritariamente composta por mulheres, especialmente nas funções de base e no cuidado em saúde. No que tange à situação familiar, três participantes se identificaram como mães solo (20,0%), e a maioria possuía filhos, articulando-se às narrativas de sobrecarga de trabalho e responsabilização pelo cuidado doméstico e familiar.

Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica dos participantes da pesquisa

VARIÁVEL	FREQUÊNCIAS	
	n	%
Gênero		
Feminino	9	60,0
Masculino	6	40,0
Raça		
Branca	1	6,7
Preta	6	40,0
Parda	8	53,3
Estado Civil		
Solteiro	10	66,7
Casado	2	13,3
União Estado	1	6,7
Divorciado	2	13,3
Idade		
29 a 34	6	40,2
37 a 45	4	26,3
46 a 55	5	33,5

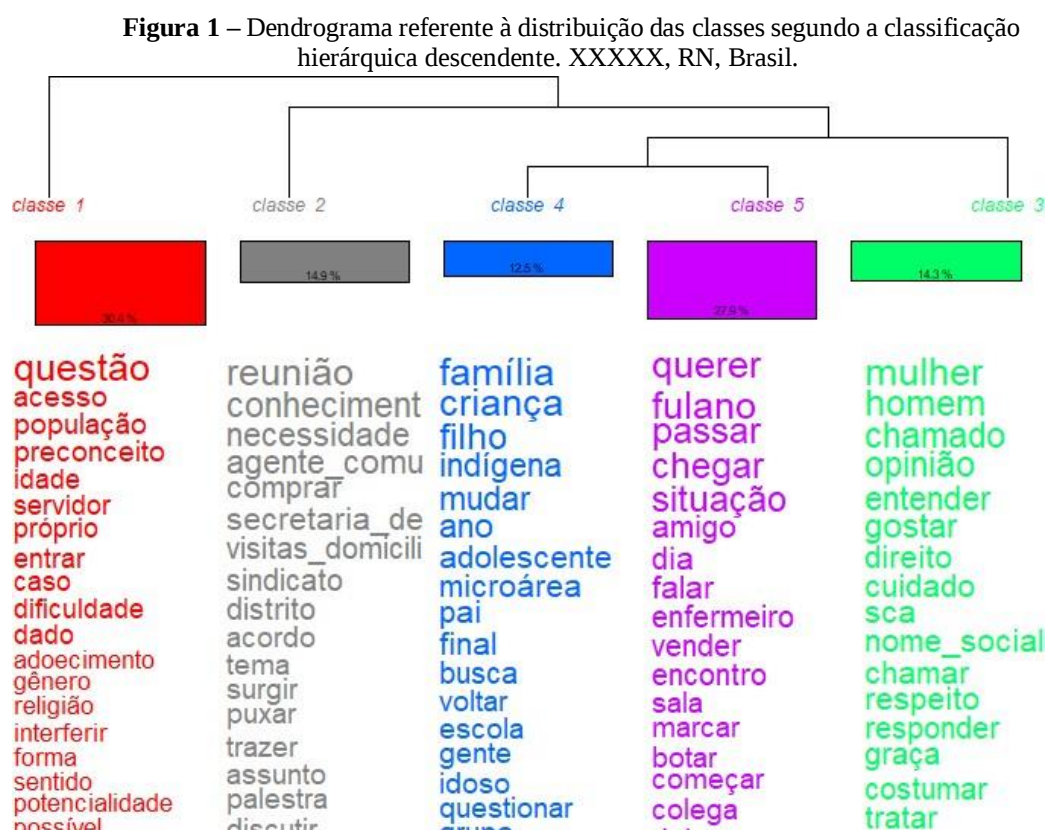
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	3	20,0
Ensino Técnico	3	20,0
Ensino Superior	6	40,0
Pós-Graduação	3	20,0
Religião		
Evangélico	1	6,7
Católico	8	53,3
Sem Religião	6	40,0
Mãe Solo?		
Sim	3	20,0
Não	4	26,7
Pai Solo?		
Sim	1	6,7
Não	1	6,7
Possui Filhos?		
Um Filho	4	26,7
Dois Filhos	5	33,3
Sem Filhos	6	40,0
Idade dos Filhos?		
2 a 9 anos	4	26,8
12 a 23 anos	7	46,9
28 a 31 anos	3	20,1
Possui Transporte Particular?		
Sim	7	46,7
Não	8	53,3
Renda Familiar?		
Entre 1 e 2 Salários Mínimos	6	40,0
Entre 3 e 4 Salários Mínimos	9	60,0
Principal Responsável pela Renda Familiar?		
Sim	10	66,7
Não	5	33,3
Vínculo Empregatício?		
Estatutário	15	100
Tempo de Trabalho como ACS		
Entre 4 a 5 anos	1	6,7
5 anos ou mais	14	93,3
Total	15	100

Fonte: Própria do autor (2025).

6.2 Classificação Hierárquica Descendente

Na Classificação Hierárquica Descendente (CHD) foi verificado, um *corpus* geral constituído por 15 unidades de texto. Ao todo, foram identificados 1.467 segmentos de texto (ST), com 4.527 formas distintas e um total de 49.996 ocorrências. Dentre essas formas, 2.571 foram consideradas ativas e 296 suplementares. Além disso, 967 formas ativas apresentaram frequência igual ou superior a 3. O número médio de formas por segmento foi de aproximadamente 34,08, com 1.303 segmentos classificados, o que corresponde a 88,82% do total segmentado pelo software, que foi utilizado para o processamento e análise do material empírico. A CHD, através do cruzamento de segmentos de texto e palavras, apontou cinco classes textuais.

As cinco classes temáticas distintas, extraídas do corpus geral, representam agrupamentos de segmentos de texto com similaridade lexical e foram dispostas em um dendrograma que evidencia as relações entre os temas. Essas divisões indicam relações de proximidade entre os conteúdos, e isso nos permite saber quais classes são mais centrais e derivadas. Conforme ilustrado o dendrograma da Figura 1.



Fonte: Própria do autor (2025).

A Classe 1, representada no dendrograma pela cor vermelha, foi a mais representativa, com frequência de 30,4%, apresentando-se como o primeiro grande agrupamento temático do corpus, estando na base de ramificação das demais e não derivando de nenhuma outra. Essa classe aborda questões estruturais nos serviços de saúde, como a desigualdade no acesso e no cuidado. A Classe 2, na cor cinza, representa 14,9% de frequência, e está relacionada a relações institucionais e organização do processo de trabalho. A Classe 4, em azul, equivalente a 12,6%, reúne conteúdos ligados a vínculos comunitários e com o território. A Classe 5, na cor lilás, representa 27,5% e trata das relações interpessoais, como interações com usuários e profissionais. Por fim, a Classe 3, em verde, com 14,3%, aborda temas relacionados ao respeito às identidades, sendo uma classe transversal e independente no corpus.

Por conseguinte, as classes textuais serviram de subsídio para construção de quatro categorias temáticas, fundamentando-se no referencial teórico metodológico de Bardin (2016), sendo elas: Categoria 1 - Direitos, diversidade e (des)respeito às identidades no trabalho em saúde; Categoria 2 - Quando o caminho do cuidado encontra barreiras: a fragilidade no acesso e a reprodução do racismo e da lgbtfobia na APS, Categoria 3 - Qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde para a melhoria do trabalho na APS, e Categoria 4 - Entrelaçamentos entre território, comunidade, vida e trabalho do agente de saúde.

Na realização das entrevistas, foi possível observar que, ainda que boa parte dos sujeitos da pesquisa possuam uma trajetória consolidada e vasta experiência como agentes de saúde, em diversos momentos, tiveram dificuldade em se perceberem como sujeitos trabalhadoras atravessados pelas dimensões da iniquidade visto que suas falas, eram frequentemente associadas apenas aos usuários dos serviços de saúde. Em outras palavras, as agentes compreendiam a importância da justiça social para a população atendida, mas não conseguiam se reconhecer como parte do processo, tampouco identificar como as desigualdades estruturais atravessavam suas próprias trajetórias de trabalho e como isso impactava diretamente a sua vida. Esse cenário revela a necessidade de fortalecer estratégias que valorizem o trabalhador em suas diferentes dimensões, como propõe o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Etnias e Valorização das Trabalhadoras no SUS. Ainda assim, como apresentado nas categorias a seguir, diferentes aspectos que envolvem os marcadores sociais foram abordados pelas agentes de saúde como presentes no cotidiano do seu trabalho.

6.3 Direitos, diversidade e (des)respeito às identidades no trabalho em saúde

Na classe 3 do dendrograma que dá origem a essa categoria temática, estão apresentadas palavras que obtiveram maior frequência e associação tais como *mulher, homem, nome social, respeito, tratar*, entre outros. Essas palavras quando interpretadas no contexto dos discursos dos sujeitos por meio da análise de conteúdo, relacionou-se às questões que se conectam à diversidade, à identidade e ao reconhecimento (ou não reconhecimento) de sujeitos no contexto do trabalho em saúde. Desta forma, compreende-se que o núcleo central dessa categoria temática representa-se na interseção entre trabalho, identidade e direitos.

Neste contexto, foi possível identificar relatos que evidenciam como as desigualdades de gênero atravessam o cotidiano das mulheres trabalhadoras da saúde. Dentre as questões relatadas, observa-se como a responsabilidade pelo cuidado dos filhos e da casa recai majoritariamente sobre as mulheres, o que impacta dedicação, na assiduidade e pontualidade no trabalho.

“Eu não tenho carro, então, dificulta muito minha vida. Eu sou mãe solo, então, eu tenho que deixar a menina na escola, correria. Eu só chego atrasada depois que eu fui mãe, porque eu não tô conseguindo chegar na hora por toda essa logística. Dar café, arrumar para a escola, me arrumar. No dia que eu tomo banho e escovo os dentes, é lucro.” (AS 11)

Tal fala reflete uma desigualdade estrutural que naturaliza a dupla jornada e penaliza as mulheres no campo profissional, onde muitas vezes essas trabalhadoras tendem a adoecer com maior frequência, reforçando a necessidade de políticas institucionais de apoio, revelando que equidade não é apenas uma pauta para os usuários, mas também uma necessidade urgente para os trabalhadoras, sobretudo as mulheres.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.823/2012, possui extrema importância no contexto do trabalho em saúde, um setor onde a força de trabalho apresenta um alto grau de feminização (Mattos, Castro, Cavalcante e Dias, 2018; Machado, Oliveira e Moyses, 2011). Essa política define princípios, diretrizes e estratégias voltadas para o desenvolvimento integral da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras (Perez, Bottega e Merlo, 2018), visando promover e proteger a saúde e reduzir mortes e doenças relacionadas ao trabalho (Perez, Bottega e Merlo, 2018).

A pesquisa conduzida por Vieira, Anido e Calife (2022) evidencia as implicações da pandemia da Covid-19 sobre os profissionais da saúde, especialmente no que tange à sobrecarga de trabalho vivenciada por mulheres. Os dados revelam que quase metade dos participantes (48,5%) apontaram a acumulação de tarefas laborais e domésticas como fator predominante de exaustão. A disparidade entre os gêneros pode ser percebida no relato de sobrecarga no ambiente doméstico, quando apenas 9,4% dos homens mencionaram essa condição, contra 16,2% das mulheres. Tal discrepância revela um padrão estrutural de desigualdade de gênero, em que as responsabilidades domésticas continuam sendo atribuídas majoritariamente às mulheres, mesmo em contextos de crise sanitária e aumento da demanda profissional. Adicionalmente, enquanto 69,2% das mulheres afirmaram ser as principais responsáveis pelo trabalho doméstico, menos da metade dos homens (46,9%) reconheceu essa incumbência, sendo que uma parcela significativa deles (15,6%) admitiu depender de outras mulheres, como mães ou empregadas domésticas, para a realização dessas atividades.

Já o estudo de Manelli e Machado (2025), ao abordar as tentativas de suicídio de mulheres sob a lente da interseccionalidade de gênero, raça e classe social, apresenta como a divisão sexual do trabalho está enraizada nas trajetórias de vida dessas mulheres. As narrativas evidenciam que os papéis socialmente atribuídos ao gênero feminino não apenas delimitam as tarefas cotidianas, mas também moldam a subjetividade das participantes, influenciando seus desejos, aspirações e relações afetivas. A imposição de funções como o cuidado, a maternidade e o casamento aparecem como uma constante, internalizada como obrigações sociais que, muitas vezes, entram em conflito com a realidade material e emocional dessas mulheres, gerando sofrimento psíquico e vulnerabilidade.

Segundo Manelli e Machado (2025) a maternidade, embora descrita com afeto e alegria, é também vivenciada em um contexto de ausência de suporte sociofamiliar, o que transforma esse papel em uma fonte de sobrecarga e angústia. O casamento, por sua vez, é narrado como uma tarefa imposta, cuja cobrança social é intensa e cuja vivência está marcada por expectativas rígidas e, por vezes, frustrantes. Esses elementos revelam como as estruturas sociais patriarcais continuam a operar na vida das mulheres, especialmente daquelas em situação de vulnerabilidade, restringindo sua autonomia e contribuindo para quadros de sofrimento mental que podem culminar em tentativas de suicídio. A interseccionalidade, nesse sentido, é fundamental para compreender como múltiplas opressões se entrelaçam e intensificam os riscos à saúde mental das mulheres.

Os achados apresentados por Vieira, Anido e Calife (2022) e por Manelli e Machado (2025) reforçam a urgência de se reconhecer e enfrentar as iniquidades vivenciadas pelas

trabalhadoras da saúde, em especial pelas agentes comunitárias, que frequentemente ocupam posições marcadas por baixa remuneração, escasso reconhecimento institucional e intensa sobrecarga. A naturalização da dupla jornada, somada à precariedade das condições de vida e à ausência de políticas de suporte, coloca essas mulheres em situação de risco físico e emocional.

Diante desse cenário, torna-se evidente que a equidade de gênero no campo da saúde não pode ser tratada apenas como uma pauta voltada aos usuários do sistema, mas como uma necessidade urgente entre as próprias trabalhadoras. Por isso, reconhecer essa realidade é fundamental para que sejam implementadas medidas que promovam a valorização do trabalho das mulheres e a criação de condições mais justas e inclusivas para as profissionais da saúde.

Outro ponto presente nos relatos dos sujeitos da pesquisa foi a presença de preconceitos relacionados à diversidade sexual e de gênero, que reflete na capacidade das trabalhadoras e trabalhadores em exercer suas atividades de forma plena. Isso pode ser observado na fala de uma das entrevistadas que se identifica como mulher lésbica e que sofreu preconceito ao inserir-se no contexto do trabalho na APS:

“Eu sou lésbica assumida mas eu já vi de uma certa forma interferiu no processo de trabalho por quê nessa unidade básica de saúde nova quando eu estava chegando tiveram algumas pessoas que já vieram com preconceito logo de cara e isso meio que me deixou bem recuada.” (AS 8)

O cenário apresentado evidencia que o ambiente de trabalho não está isento das discriminações sociais que atravessam a estrutura da sociedade, que oprime as minorias, como a população LGBTQIAPN+, em exercer suas funções cotidianamente. Tais situações escancaram como o desrespeito às identidades se reproduz dentro das instituições, comprometendo o direito à saúde e violando direitos das trabalhadoras e usuários.

Um estudo realizado por Silva et al. (2021), por meio de uma revisão integrativa da literatura, teve como propósito examinar os obstáculos e as possibilidades enfrentadas pela população LGBT+ no que tange ao acesso e à permanência no mercado de trabalho. A análise revelou que, apesar dos avanços normativos e sociais, persistem barreiras significativas que dificultam a inserção plena dessa população no ambiente de trabalho. Entre

os principais entraves identificados, destacam-se o preconceito estrutural, as atitudes discriminatórias, a indiferença institucional e as perseguições veladas, que se manifestam tanto nos processos de contratação quanto nas dinâmicas cotidianas de trabalho.

A marginalização vivenciada por essa população é frequentemente acompanhada por desvantagens materiais e simbólicas, que se traduzem em menores oportunidades de ascensão, insegurança no ambiente de trabalho e exclusão de espaços de decisão. Tais condições revelam a necessidade de uma abordagem interseccional que considere os múltiplos fatores que atravessam a experiência laboral de indivíduos LGBT+, como raça, classe, identidade de gênero e orientação sexual.

Nesse âmbito, destaca-se ainda o relato de um agente de saúde que, em reunião de equipe, ouviu o posicionamento de uma profissional contra a retirada da homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças (CID), sendo apoiada por outra pessoa membro da equipe. Isso gerou desconforto na agente que, por conta disso, decidiu não encaminhar usuários LGBTQIAPN+ para esses profissionais, por temer que não fossem acolhidos.

“Numa reunião de equipe, eu nem sabia, eu ouvi a médica da minha equipe falar que era contra ter tirado o CID de não sei se foi da questão da homossexualidade ou dos trans. E aí uma técnica de enfermagem concordou com ela, eu fiquei em choque, assim. Eu digo Eu não vou marcar nenhum paciente meu, trans ou homossexual com ela. Porque eu sei que não vai ter o devido acolhimento.” (AS 11)

Esse episódio mostra a presença de preconceitos institucionais, mesmo após avanços normativos e discussões sobre tais temáticas no campo social e da saúde. Santos e Schraiber (2011) alertam que a desigualdade de gênero e sexualidade na saúde não se restringe ao acesso dos usuários, mas permeia também as práticas e valores das equipes, reforçando que a equidade precisa ser trabalhada de forma transversal no campo da saúde coletiva.

A temática da diversidade e dos direitos no trabalho em saúde não se limita ao atendimento dos usuários, mas atravessa também a identidade e a vivência das próprias agentes de saúde. Questões de gênero, sexualidade e idade se entrelaçam, configurando situações de preconceito, invisibilidade e desigualdade, que repercutem tanto na qualidade do cuidado prestado e nas condições de trabalho dos profissionais.

Outro marcador social que se apresenta de forma constante nas falas das agentes de saúde entrevistadas é o da idade, onde se relatam reproduções do idadismo (ou etarismo), sobretudo por meio do preconceito às pessoas mais velhas. Um dos trechos destacados, inclusive, demonstra como o idadismo impacta sobretudo as trabalhadoras mulheres, o que evidencia que os marcadores sociais se apresentam de forma interseccional.

“A gente está passando por um momento muito difícil com relação à questão do etarismo. Porque hoje em dia você tem 30 anos, o povo já condena você. Você é velho, você já está velho. A expectativa de vida da gente aumentou, mas são as pessoas mais jovens que não têm um nível de consciência ainda, acham que pessoas que é acima de 30 anos já não têm mais a mesma bateria, a mesma vitalidade, e principalmente nós mulheres. Mulheres e a questão de etarismo, acho que é muito pesada pra gente.” (AS 10)

A associação equivocada entre idade cronológica e desempenho profissional revela uma faceta silenciosa e persistente do etarismo nas organizações contemporâneas. Conforme aponta Correa (2023), há uma tendência institucional de desvalorizar o capital social e as experiências acumuladas por profissionais mais velhos, privilegiando atributos como vigor físico e aparência jovem como indicadores de competência. Essa lógica reforça uma cultura organizacional que não apenas ignora o processo natural de envelhecimento, mas também demonstra resistência em adaptar suas práticas à diversidade etária, perpetuando estigmas que comprometem a inclusão e o aproveitamento pleno das potencialidades humanas.

Para Correa (2023), no contexto do trabalho, essa discriminação se intensifica para mulheres em processo de envelhecimento, que enfrentam exigências estéticas e comportamentais incompatíveis com a realidade biológica e social. A expectativa de que se mantenham constantemente jovens e atraentes como condição para serem vistas como eficazes e disponíveis para o trabalho revela um padrão de opressão que combina sexismo e etarismo. A competitividade exacerbada, aliada à pressão por atualização contínua, torna o ambiente de trabalho ainda mais hostil para essas mulheres, cujas trajetórias profissionais são frequentemente interrompidas ou desvalorizadas em função de sua idade, em detrimento de suas competências técnicas e relacionais (Correa, 2023).

Essas dinâmicas podem ser visualizadas nos achados do presente estudo com agentes de saúde, onde entrevistadas relataram experiências de preconceito direcionado às pessoas mais velhas, com destaque para o impacto desproporcional sobre as mulheres. A percepção de que, a partir dos 30 anos, já se é considerada “velha”, por exemplo, ilustra como o etarismo se manifesta precocemente e de forma interseccional, afetando especialmente aquelas que ocupam posições de trabalho precarizadas e socialmente desvalorizadas. O depoimento de uma agente de saúde (AS 10) reforça essa realidade ao apontar que, mesmo com o aumento da expectativa de vida, persiste uma visão que deslegitima a presença e a contribuição das mulheres maduras no mundo do trabalho.

Kimberlé Crenshaw (2002), ao desenvolver o conceito de interseccionalidade, mostra que as opressões não atuam de forma isolada, mas se sobrepõem, criando efeitos específicos sobre determinados grupos. Aqui, gênero e idade atuam conjuntamente para reforçar estigmas e exclusões. Mulheres idosas, por exemplo, enfrentam não apenas os estigmas associados ao envelhecimento, como a perda de autonomia ou de valor social, mas também os preconceitos de gênero que historicamente relegam as mulheres a papéis secundários. Essa sobreposição de marcadores sociais intensifica a vulnerabilidade desses grupos, tornando invisíveis suas demandas e necessidades específicas.

A interseccionalidade tornou-se conceito essencial para compreender como as desigualdades impactam a vida de profissionais, como as agentes de saúde, que muitas vezes pertencem a grupos vulnerabilizados. Mulheres negras, em especial, enfrentam múltiplas barreiras ao vivenciarem simultaneamente discriminações de gênero, raça e classe, o que agrava situações de precarização do trabalho e invisibilidade profissional (Machado; Teixeira; Possa, 2019).

Ao adotar essa lente, é possível identificar que não se trata apenas de somar desigualdades, mas de compreender como os sistemas de opressão se entrelaçam e produzem vulnerabilidades específicas. Isso exige que políticas públicas contemplem não apenas melhorias salariais e estruturais, mas também estratégias de apoio psicológico, capacitação contínua e valorização social (Barbosa *et al.*, 2024).

Outro aspecto que emergiu nas falas foi a dificuldade enfrentada por agentes de saúde idosos em acompanhar as atualizações dos sistemas informatizados ou mesmo no uso cotidiano do computador. Essa limitação tecnológica gera insegurança pessoal, e provoca situações de tensões dentro das equipes, uma vez que colegas mais jovens são frequentemente solicitados a auxiliar nas tarefas que envolvem o uso da tecnologia. Essa necessidade constante de apoio, embora muitas vezes acolhida, também por vezes é percebida como sobrecarga pelos demais,

gerando as tensões internas. Para as agentes idosos que possuem dificuldades no uso das ferramentas tecnológicas, o sentimento é de exclusão, desvalorização profissional e constrangimento frente às novas demandas do trabalho. O que se observa, portanto, é que o etarismo no campo da saúde se apresenta também na falta de estratégias institucionais para que todos os trabalhadores e trabalhadoras possam acompanhar as transformações tecnológicas, com a devida valorização das competências de cada pessoa.

6.4 Quando o caminho do cuidado encontra barreiras: a fragilidade no acesso e a reprodução do racismo e da lgbtfobia na APS

Na classe 1 do dendrograma, são apresentadas palavras como *questão, acesso, população, preconceito, idade, servidor, gênero e dificuldade* como de maior frequência e associação. Ao analisarmos os termos agrupados em seu contexto, observam-se que as palavras se inserem em discussões que envolvem o acesso da população aos serviços de saúde, as desigualdades sociais e as barreiras institucionais que interferem na efetivação do cuidado e dos direitos dos usuários.

Os relatos das agentes de saúde descortinam que o direito constitucional à saúde ainda é atravessado por obstáculos estruturais, que se reproduzem por meio da discriminação e preconceito. As narrativas revelam a coexistência contraditória dos princípios universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) com a persistência das desigualdades concretas no cotidiano do cuidado. Questões como deslocamento e transporte, distância territorial, ausência de insumos e discriminação institucional surgem como expressões de um mesmo fenômeno: a fragilidade do acesso e a reprodução das iniquidades no interior da Atenção Primária à Saúde (APS). Os depoimentos destacam, inicialmente, que a falta de infraestrutura e de insumos e o contexto socioeconômico interferem diretamente na capacidade de acessar os serviços:

“Por exemplo, temos usuários que mal conseguem se deslocar para as consultas, quando são autorizadas para alguns especialistas, que estão muito longe do local onde elas moram...” (AS 1)

“Outra coisa é que os serviços de farmácia que a gente tem na unidade básica de saúde também estão extremamente precários. Então, assim, é muito comum de pacientes passarem pelas consultas médicas...e esses medicamentos muitas vezes estão em falta.” (AS 5)

A ausência de transporte público adequado, o custo do deslocamento e a precarização das condições de trabalho e infraestrutura não representam apenas falhas administrativas, mas marcadores de desigualdade que limitam a cidadania sanitária (Paim, 2018). Assim, morar longe da unidade de saúde não é apenas uma questão geográfica: é um reflexo da forma como a cidade e os serviços públicos reproduzem hierarquias sociais e espaciais. Sendo assim, o direito à saúde é mediado por barreiras materiais que afetam especialmente os mais pobres, negros e moradores de regiões vulnerabilizadas.

No cenário brasileiro, a heterogeneidade socioeconômica e geográfica intensifica o desafio: populações em situação de vulnerabilidade, como comunidades rurais e periferias urbanas, enfrentam dificuldades acrescidas no acesso aos serviços de saúde (Turesso; Mélo, 2023). Estudos demonstram que a equidade ainda não é frequentemente o foco central das pesquisas, sobretudo no âmbito da atenção primária. Esse contexto torna urgente a formulação e avaliação de intervenções concretas, tendo programas como o PET - Saúde Equidade, estratégia inserida no Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras têm se mostrado promissores ao tentar dar mais visibilidade às discussões sobre o tema e promover ações direcionadas as trabalhadoras (Alves *et al.*, 2025).

Outros relatos apontam para dimensões ainda mais complexas, nas quais o preconceito e a desumanização atravessam as práticas cotidianas:

“Me dói saber que independente de qualquer coisa, a gente não pode negar atendimento a ninguém e você vê que o atendimento está sendo negado. Porque já aconteceram vários episódios...como um paciente cadeirante ter atendimento negado...” (AS 3)

“Tem morador em situação de rua que mesmo na rua, mas ainda tem, toma banho, e ele não, assim, cabelo grande, unha grande... Aí, lá vem fulano seboso, fulano sujo. Até botar dificuldade, não tem o material para não poder fazer o curativo.” (AS 2)

Essas falas demonstram que as barreiras de acesso não se restringem às dimensões materiais, mas atravessam dispositivos simbólicos de exclusão. Práticas de racismo, capacitismo, LGBTfobia e intolerância religiosa são expressões de violência institucional, convertendo o cuidado em saúde em um espaço marcado por hierarquias e juízos morais. O capacitismo, por exemplo, é reconhecido como um sistema de opressão estrutural que avalia e

hierarquiza corpos e capacidades humanas, resultando em discriminações tanto por ação quanto por omissão (Lage, 2023). O relato de um paciente cadeirante tendo atendimento negado aponta para a persistência de barreiras atitudinais e operacionais que violam direitos fundamentais, configurando uma forma de violência institucional.

A segunda fala expõe o estigma social que recai sobre pessoas em situação de rua, cujas condições de higiene são interpretadas como justificativa para a negação ou dificuldade do cuidado. A linguagem utilizada revela não apenas o preconceito internalizado por alguns profissionais, mas também a naturalização da exclusão como parte da rotina dos serviços. A ausência de materiais básicos para curativos é mencionada como uma estratégia velada para evitar o atendimento, o que reforça a ideia de que a escassez de recursos pode ser instrumentalizada para reproduzir desigualdades e hierarquias morais no acesso à saúde.

As narrativas que expõem recusas de atendimento a pessoas com deficiência e o tratamento pejorativo a moradores em situação de rua evidenciam barreiras atitudinais e simbólicas que degradam a experiência de cuidado. Tais práticas articulam racismo, classismo e capacitismo no cotidiano dos serviços, produzindo “triagens morais” que selecionam quem é visto como “adequado” ao acolhimento (Damião; Oliveira; Rodrigues, 2025; Silva *et al.*, 2024).

Esses relatos, portanto, ilustram como o cuidado em saúde é atravessado por marcadores sociais como deficiência, pobreza e situação de rua, que operam como dispositivos de exclusão dentro de instituições que deveriam garantir acolhimento e cuidado. A interseção entre fatores estruturais (como falta de insumos) e simbólicos (como estigmas e preconceitos) revela um cenário em que o direito à saúde é constantemente tensionado por práticas discriminatórias. No Brasil atual, estudos apontam que o acesso aos cuidados de saúde continua condicionado por marcadores sociais como raça, local de moradia, classe e identidade de gênero (Silva *et al.*, 2023).

Esses relatos revelam que a APS, embora deva ser porta de entrada universal, ainda sofre impacto direto dos determinantes sociais da saúde (WHO, 2022). A ausência de transporte adequado, por exemplo, não é um problema meramente logístico, mas um marcador social que reforça desigualdades: quem mora em áreas periféricas, em geral mais pobres, enfrenta maiores barreiras para ter acesso aos serviços de saúde.

Reconhecer que os sistemas de desvantagem (como raça, classe, gênero, território, idade e deficiência) se entrelaçam e se potencializam é fundamental para compreender as múltiplas formas de violação dos direitos sociais, do acesso e trabalho na saúde. A perspectiva interseccional rejeita a hierarquização desses eixos de diferenciação, entendendo que eles

operam de maneira articulada na produção das desigualdades. Assim, situações como os prejuízos enfrentados por trabalhadoras mulheres negras na qualidade de vida ou a vulnerabilidade de sujeitos não heteronormativos, expostos à violência e à segregação urbana ilustram como as desvantagens se acumulam e se intensificam. Ao adotar essa lente, políticas e gestores de saúde podem desenvolver intervenções mais justas e efetivas, que enfrentem as causas estruturais em vez de limitar-se ao tratamento isolado dos sintomas.

Como afirmam Ayres e colaboradores (2021), o cuidado só pode ser verdadeiramente integral quando reconhece o outro em sua singularidade e vulnerabilidade. Assim, o caminho até o cuidado, quando permeado por desigualdades e preconceitos, torna-se ele próprio uma barreira, revelando a urgência de práticas e políticas de saúde que sejam mais inclusivas, formativas e humanizadas.

6.5 Qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde para a melhoria do trabalho na APS

Na classe 2, destacam-se palavras como *reunião, conhecimento, necessidade, agente comunitário, visitas domiciliares, secretaria, distrito, tema e discutir*, que apontam para um conjunto de falas relacionadas à organização do trabalho e aos processos de planejamento no contexto da atenção primária. Essa classe evidencia, portanto, como o trabalho das agentes de saúde é atravessado por práticas coletivas e relações institucionais, revelando que as reuniões, discussões e momentos formativos são não apenas instrumentos de gestão, mas também espaços marcados por experiências das trabalhadoras, de fortalecimento de vínculo, tensões e construção de identidade coletiva.

Nesse cenário, o conceito de Saúde do Trabalhador emerge como uma estrutura imprescindível. A PNTT prevê, entre outros objetivos, a promoção de ambientes laborais saudáveis, a vigilância de riscos ocupacionais e a integração das condições de trabalho com as estratégias de atenção do SUS (Lacaz, 2020). Esse olhar amplia o cuidado para além do usuário, incluindo o sujeito profissional, como protagonista da sua própria saúde e vetor de transformação do cuidado.

Nesse sentido, os relatos das agentes de saúde nos permitem refletir sobre o papel que a gestão pode repercutir tanto como um instrumento de fortalecimento quanto como obstáculo ao processo de trabalho na APS. De um lado, a gestão aparece como potencial espaço de integração e troca, capacitações, reuniões e processos coletivos de planejamento. De outro, evidencia-se a carência de políticas consistentes de qualificação, condições adequadas de

trabalho e reconhecimento profissional, o que repercute diretamente na qualidade do cuidado ofertado e na saúde mental das trabalhadoras.

“Eu falo mais pela questão da gestão também, porque se a gente começar a ter uma gestão mais qualificada, que entende que os processos de trabalho devem ser realizados e como devem ser realizados, eu acredito que isso melhoraria bastante.” (AS 1)

“E em relação a como poderia ser feito, a medidas, eu acredito que com capacitações... não tão superficiais, como é normalmente as capacitações da Secretaria de Saúde, principalmente do município. [...] Capacitações mais prolongadas e contínuas, não uma coisa que é feita hoje e só volta no ano que vem.” (AS 1)

Essas falas ressaltam a necessidade de processos formativos permanentes, que não se limitem a ações pontuais ou meramente burocráticas. De acordo com Feuerwerker et al. (2021), a educação permanente em saúde é um instrumento estratégico para a consolidação do SUS, pois articula aprendizado, trabalho e gestão, promovendo reflexão crítica e autonomia dos profissionais. Assim, a qualificação da gestão não se reduz à oferta de cursos, mas requer um compromisso institucional com a aprendizagem significativa e com a transformação das práticas cotidianas.

A adoção da perspectiva interseccional é crucial para potencializar a capacidade de documentar as iniquidades em diferentes posições interseccionais e para estudar as possíveis causas individuais e grupais que podem impulsionar tais injustiças (Oliveira, Bastos e Moretti-Pires, 2021). Para Oliveira et al., (2020) essa abordagem é fundamental para elaborar desenhos de pesquisa e modelos de análise que consigam medir e analisar, simultaneamente, a multidimensionalidade dos marcadores sociais da diferença em processos de iniquidades em saúde, permitindo o mapeamento das disparidades sociais e suas complexas articulações com a saúde.

Isso orienta o trabalho em saúde a ir além do foco nas doenças, valorizando a pluralidade humana, as diversidades e as singularidades, promovendo políticas públicas voltadas para a equidade em seu sentido fundamental e originário do direito à diferença, baseado na perspectiva da inclusão (Carvalho, Silva e Rabello, 2020).

Nesse âmbito, torna-se relevante destacar que a trajetória das políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta um

percurso marcado por avanços significativos e retrocessos preocupantes, especialmente no que tange à valorização dos profissionais e à qualificação da APS. Conforme apontado por Machado e Ximenes (2018), o período inicial pós-Reforma Sanitária, entre 1990 e 2002, foi caracterizado pela chamada “antipolítica de recursos humanos”, marcada pela precarização das relações laborais, desmobilização sindical e fragmentação das ações educativas. Esse cenário comprometeu a consolidação de uma força de trabalho qualificada e estável, essencial para a efetividade das ações de saúde no território.

Entre 2003 e 2015, observa-se um esforço de reconstrução das bases da política de gestão do trabalho e da educação, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a implementação de programas estruturantes como o Pró-Saúde, PET-Saúde, Telessaúde e o Programa Mais Médicos. Esses dispositivos representaram um avanço na articulação entre formação profissional, valorização do trabalho e ampliação do acesso à saúde, especialmente em regiões historicamente desassistidas. A retomada dos princípios constitucionais que reconhecem a saúde e as trabalhadoras como bens públicos foi fundamental para fortalecer o SUS como política de Estado (Machado e Ximenes, 2018).

Contudo, a partir de 2016, o país vivenciou um novo ciclo de desmonte das políticas públicas voltadas à gestão do trabalho e da educação na saúde, com ameaças à estabilidade, aos direitos trabalhistas e à regulação da formação profissional. A retomada da lógica neoliberal, com propostas de privatização e flexibilização das relações de trabalho, colocou em risco os avanços conquistados nas décadas anteriores e compromete a qualidade da APS. A descontinuidade das políticas estruturantes fragilizou os vínculos profissionais e dificultou a implementação de ações integradas e resolutivas nos territórios.

Nesse contexto, torna-se imperativo investir na qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde como estratégia central para enfrentar as iniquidades que persistem no SUS. A valorização dos profissionais, a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e a implementação de práticas formativas contínuas e contextualizadas são elementos essenciais para garantir a efetividade das ações de saúde e a equidade no cuidado e no trabalho. Além disso, é necessário fortalecer os espaços de negociação coletiva e controle social, promovendo a participação ativa das trabalhadoras e da sociedade na construção das políticas públicas. Por isso, a recolocar na agenda o debate da valorização das trabalhadoras do SUS tornou-se um dos objetivos centrais na SGTES no governo brasileiro que tomou posse em 2023, por meio do Programa de Equidade, para que as iniquidades vivenciadas por esse público fossem diretamente enfrentadas.

Isso posto, cabe salientar que a superação das desigualdades no trabalho na APS exige uma abordagem intersetorial e comprometida com os princípios do SUS. A defesa da saúde como direito e do trabalho como dimensão fundamental da cidadania deve orientar as ações dos gestores, dos profissionais e da sociedade civil. A qualificação da gestão do trabalho e da educação não é apenas uma demanda técnica, mas uma exigência ética e política para a consolidação de um sistema de saúde público, universal e equânime.

Outra dimensão recorrente nas narrativas é a percepção de fragilidade na comunicação e no suporte da gestão municipal e estadual, especialmente no que diz respeito à implementação de novas tecnologias e protocolos de trabalho:

“Acontece muito de a gente, como agente comunitário de saúde, ter uma cobrança exacerbada [...] Não existem capacitações que orientem a gente para ficar à parte dessas novas implantações, sobre as atualizações do Prontuário Eletrônico do Cidadão.” (AS 6)

A introdução de ferramentas tecnológicas nos processos de educação permanente emerge como estratégia vital para superar limitações logísticas e reforçar a acessibilidade formativa. Estudos mostram que o uso de tecnologias educativas, como ambientes virtuais, recursos multimídia e gamificação, promove melhor engajamento, flexibilização temporal e disseminação de conteúdos de forma contínua entre os profissionais da APS (Luna; Viana, 2025). Essas tecnologias potencializam a aprendizagem em serviço, ampliando o horizonte da qualificação para além das capacitações presenciais pontuais. Inserir tais recursos exige, porém, políticas institucionais de suporte para que não reforcem desigualdades de acesso entre profissionais com diferentes níveis de familiaridade tecnológica e conectividade.

O avanço de ferramentas digitais no SUS exige um investimento contínuo em formação técnica e suporte pedagógico. Como apontam Almeida e Campos (2022), a transição tecnológica na APS sem o devido preparo das equipes amplia desigualdades e gera exclusão digital institucional, especialmente entre profissionais com menor acesso prévio à tecnologia. Isso reforça a necessidade de que a gestão assuma politicamente a EPS como estratégica para a qualificação do trabalho em saúde.

Um estudo elaborado por Jesus e Rodrigues (2022) oferece uma análise crítica sobre a trajetória de institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), considerando o período de 2004 a 2020. A pesquisa, de natureza qualitativa e fundamentada no método Delphi, reuniu percepções de atores estratégicos da política pública

(como gestores federais, estaduais, municipais e pesquisadores) revelando que, apesar dos avanços conceituais e normativos, a PNEPS apresenta fragilidades significativas em sua implantação. Os resultados indicam que, embora a política tenha promovido aproximações relevantes entre os serviços de saúde e as instituições de ensino, e impulsionado transformações nos processos de trabalho em equipe, sua efetivação ainda carece de sustentação institucional robusta.

Um dos achados centrais da pesquisa foi o consenso entre os participantes quanto à necessidade de que o planejamento das ações educativas ocorra de forma ascendente e participativa, reforçando a perspectiva do princípio da democratização das práticas formativas e da valorização dos saberes locais, elementos fundamentais para a consolidação de uma política pública que responda às necessidades reais dos territórios (Jesus e Rodrigues (2022)). No entanto, a ausência de mecanismos efetivos que garantam a escuta e a atuação dos conselhos de saúde e demais instâncias participativas revela uma lacuna entre o discurso normativo e a operacionalização da política. Tal cenário exige maior empenho da gestão em criar condições institucionais e metodológicas que viabilizem a participação social como eixo estruturante da EPS.

Desta forma, a institucionalização da EPS não depende apenas de instrumentos legais, mas da construção de uma cultura política que reconheça a formação em serviço como estratégia de transformação das práticas de saúde. Nesse sentido, fortalecer a PNEPS requer compromisso interinstitucional, financiamento adequado e valorização das trabalhadoras como protagonistas do processo educativo.

Adicionalmente, observou-se no discurso das agentes entrevistadas, a ausência de apoio psicossocial e de espaços de escuta, que se revela um fator de desgaste emocional:

“Nos primeiros encontros que a gente teve... muito se lavou a roupa suja na unidade básica de saúde. Então, a gente começou a ter visão que vivia num ambiente muito tóxico, que era bem carregado de situações de homofobia e machismo entre profissionais.” (AS 6)

Esse relato evidencia o quanto a falta de mediação institucional e de programas de saúde mental voltados às trabalhadoras contribui para o adoecimento ocupacional. Pesquisas recentes (Minayo; Costa, 2023; Almeida *et al.*, 2021) mostram que a precarização das condições de trabalho, a sobrecarga e a ausência de espaços de diálogo são fatores críticos no sofrimento psíquico de trabalhadoras da APS.

“Hoje nossa realidade diante das situações... estamos com muitas dificuldades de exercer nossos trabalhos, até mesmo por falta de algumas coisas, como fardamento e dificuldade mesmo. Até mesmo, assim, alguns direitos que são tirados da gente.” (AS 9)

A precarização material e a retirada de direitos relatadas pelas agentes refletem a erosão progressiva das garantias trabalhistas e o enfraquecimento do reconhecimento social da categoria. De acordo com Mendes e Santos (2022), a valorização do trabalho em saúde depende de políticas estáveis de carreira, insumos adequados e ambientes seguros, fatores que impactam diretamente a motivação e a continuidade do cuidado.

Outro ponto importante trazido nas falas é a invisibilidade das funções dessas trabalhadoras dentro das equipes:

“É muito comum as pessoas [...] não ter uma noção, um conhecimento sobre o que faz o agente comunitário de saúde. [...] Pensam que o agente comunitário de saúde é moleque de recado ou office boy, sendo que o agente comunitário tem competências e atribuições muito específicas.” (AS 3)

A ausência de reconhecimento profissional reforça uma cultura hierárquica e fragmentada na APS. Para Castro e Franco (2023), a desvalorização simbólica reflete a persistência de modelos verticalizados de gestão, que ainda não incorporaram plenamente a noção de trabalho colaborativo e horizontal, princípio central da Estratégia Saúde da Família.

A análise conjunta do estudo realizado por Machado et al. (2023) e dos resultados do presente estudo revela um panorama crítico sobre o mundo do trabalho na saúde, marcado por desigualdades estruturais, precarização persistente e invisibilidade institucional. A pandemia de COVID-19, como analisado por Machado et al. (2023) funcionou como catalisador de tensões já existentes, expondo a fragilidade da regulação e da formação da Força de Trabalho em Saúde (FTS), especialmente nos países do Sul global. Essa conjuntura evidencia a centralidade dos trabalhadoras da saúde na sustentação dos sistemas sanitários, ao mesmo tempo em que denuncia a ausência de políticas públicas eficazes que reconheçam e valorizem sua atuação.

A precarização material, relatada pelas agentes de saúde nesta pesquisa, manifesta-se na falta de insumos básicos, como fardamento, e na retirada de direitos historicamente conquistados. A invisibilidade das funções exercidas por essas trabalhadoras, como apontado

na fala de um agente entrevistado, reforça a existência de uma hierarquia simbólica e funcional dentro das equipes, que marginaliza ocupações essenciais ao cuidado em saúde, especialmente aquelas exercidas por mulheres, negros e moradores da periferia.

A dimensão interseccional da desigualdade na saúde é evidenciada pela composição da FTS, majoritariamente feminina e racialmente segmentada, com os profissionais brancos ocupando posições de maior prestígio e os pretos, pardos e indígenas concentrados em funções menos valorizadas. Essa divisão racial e de gênero no mercado de trabalho em saúde não apenas reproduz desigualdades históricas, como também compromete a efetividade das políticas de equidade (Machado *et al.*, 2023). Nesse sentido, como aponta Machado *et al.* (2023), o fortalecimento e criação de novas políticas e diretrizes, é fundamental para articular ensino, serviço e comunidade, e para construir ambientes de trabalho mais justos, seguros e integradores.

Isso significa, portanto, que a gestão pública deve reconhecer as trabalhadoras da saúde como sujeitos estratégicos na formulação e execução das políticas sanitárias. A superação da invisibilidade e da precarização exige escuta ativa, debate qualificado e inclusão efetiva desses profissionais nos processos decisórios. A construção de um sistema de saúde equânime e universal passa, necessariamente, pela valorização de todas as trabalhadoras, sem distinção de função, raça, gênero ou território.

Sendo assim, compreende-se que a qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde pode ser potencial para estimular o caráter emancipador do trabalho em saúde. A gestão, quando qualificada e participativa, fortalece o vínculo entre equipe e território; quando distante ou burocratizada, produz isolamento, desmotivação e adoecimento. Garantir formação permanente, condições dignas de trabalho e reconhecimento é essencial para consolidar o trabalho na APS como espaço de cuidado integral, ético e humanizado.

6.6 Entrelaçamentos entre território, comunidade, vida e trabalho do agente de saúde

As classes 4 e 5 apresentam uma forte inter-relação temática, reunindo termos como *família, criança, adolescente, pai, idoso, microárea, escola, colega, enfermeiro, situação e visita domiciliar*. O núcleo das relações cotidianas e comunitárias estabelecidas pelas agentes de saúde em seu território de atuação, observa-se que o trabalho das agentes é permeado por situações diversas, revelando tanto os desafios quanto as potências da proximidade entre cuidado, vínculo e pertencimento.

Nessa categoria temática, as falas evidenciam o quanto o território ultrapassa sua dimensão geográfica, assumindo significados afetivos, culturais e sociais. O trabalho do agente é atravessado por vínculos comunitários, histórias compartilhadas e vivências cotidianas, que moldam tanto a forma de cuidar quanto às condições subjetivas de quem cuida.

“Então, assim, eu acho que a gente precisa que tenha mais vínculos, sabe? Vínculo com o território, vínculo com a comunidade. E eu acho que o que distancia nosso trabalho e que cria grandes dificuldades é você não ter essa sensibilidade que a gente não é querer que todo mundo vá fazer a visita, mas eu acho que todo mundo precisa saber onde está.” (AS 10)

A noção de vínculo, aparece nas falas como elemento de pertencimento e reconhecimento mútuo entre trabalhador e comunidade. Segundo Lima et al. (2023), o vínculo é uma ferramenta política e afetiva que possibilita a construção de cuidado integral, pois transforma o encontro entre profissional e usuário em uma relação de confiança, corresponsabilidade e escuta. Quando fragilizado, esse elo repercute negativamente na continuidade das ações e na adesão das famílias às práticas de saúde.

O estudo de Bezerra e Feitosa (2018), fundamentado na Psicologia Social de base histórico-cultural e na Psicologia Ambiental, investigou as implicações da afetividade na atuação dos ACS em um município cearense. A pesquisa revelou que o território não é apenas um espaço físico, mas um campo relacional e simbólico, onde vínculos afetivos e sociais influenciam diretamente a prática do cuidado. A afetividade, nesse contexto, emerge como elemento estruturante da ação profissional, sendo mediada por experiências de acolhimento, respeito e responsabilidade pelas famílias atendidas.

O "bom encontro" com o outro aparece como um catalisador da implicação positiva com o trabalho, promovendo uma vinculação subjetiva com o território (Bezerra e Feitosa, 2018). Adicionalmente, as autoras destacam que diante das dificuldades e contrastes sociais presentes no território, os ACS demonstram uma postura de envolvimento e compromisso com a comunidade. Essa implicação positiva é sustentada por vínculos construídos no cotidiano, que fortalecem o sentido do trabalho e ampliam sua potência transformadora. No entanto, os mapas afetivos elaborados pelos participantes revelaram também a recorrente dificuldade de acesso às famílias, o que levanta questões sobre o lugar ocupado pelo ACS na comunidade e o reconhecimento social de sua atuação.

Essas constatações dialogam com o presente estudo que evidencia como o território ultrapassa sua dimensão geográfica, assumindo significados afetivos, culturais e sociais que atravessam o trabalho das agentes de saúde. As falas dos profissionais revelam que o cuidado em saúde é moldado por vínculos comunitários, histórias compartilhadas e vivências cotidianas, que influenciam tanto a forma de cuidar quanto as condições subjetivas de quem cuida. A noção de vínculo aparece como expressão de pertencimento e reconhecimento mútuo entre trabalhador e comunidade, sendo considerada essencial para a efetividade das ações em saúde.

Dessa forma, os estudos convergem ao apontar que o território é vivido e construído por meio de relações afetivas e sociais, que conferem sentido ao trabalho dos ACS. A atuação desses profissionais não se limita à execução de tarefas técnicas, mas envolve uma dimensão subjetiva e relacional que é atravessada por vínculos, afetos e histórias. O reconhecimento da importância desses elementos para a prática do cuidado exige uma revisão dos modelos de atenção à saúde, valorizando abordagens que considerem o território como espaço de vida e de construção coletiva. Assim, promover o fortalecimento dos vínculos entre ACS e comunidade é fundamental para ampliar a legitimidade e a potência transformadora do trabalho em saúde.

Já o estudo de Faria e Paiva (2020) chama atenção para as tensões que também atravessam a relação dos ACS com o território. Todos as agentes entrevistados sinalizaram a existência de situações geradoras de dificuldades que comprometem a adesão da população aos serviços ofertados pela clínica da família. Entre os fatores apontados, destacam-se as diferenças de poder e prestígio entre grupos sociais, bem como aspectos religiosos que interferem na aceitação das práticas de saúde. Assim, o território se configura como espaço de potência, mas também de conflito, exigindo dos profissionais sensibilidade e estratégias para lidar com as complexidades que permeiam o cotidiano do trabalho em saúde.

“Como eu resido no território e também sou agente comunitário de saúde, já tenho um envolvimento com a comunidade, eu vou além do que é pra mim fazer, mas não é uma obrigação. Mas eu acho que se a gente tem compromisso com a qualidade melhor do nosso território, mesmo que você não resida nesse território, é compromisso do agente comunitário de saúde ser agente transformador.” (AS 10)

Esse relato traduz a identidade híbrida das agentes, sujeito que habita o mesmo território em que atua, transitando entre o espaço profissional e o pessoal. Essa sobreposição, embora fortaleça os laços com a comunidade, também expõe o trabalhador a sobrecarga emocional e

moral, pois o compromisso ético de cuidar muitas vezes extrapola os limites institucionais. De acordo com Mattos et al. (2022), essa imbricação entre vida e trabalho é constitutiva da função, que atua como mediador entre os saberes populares e as práticas técnico-científicas do SUS, sendo também um agente político de transformação social.

Outro ponto relevante destacado pelas agentes entrevistadas, relacionado à sua vida, refere-se à necessidade de serem valorizadas as práticas de cuidado das próprias trabalhadoras, como destacado no trecho:

“Então eu, na minha opinião, o que está faltando hoje tanto no trabalho na saúde principalmente é esse cuidado da gente estar cuidando mais da gente, porque a gente cuida muito do outro e quando vai ver a gente está pior do que o paciente.” (AS 2)

O estudo conduzido por Julio et al. (2022) evidenciou uma significativa prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre os profissionais atuantes na APS. Os dados revelam que os ACS foram os mais afetados, apresentando os maiores índices desses transtornos, enquanto os médicos demonstraram os menores níveis. A análise também identificou uma correlação entre o sofrimento psíquico e a insatisfação profissional, sendo mais frequente entre aqueles que manifestaram desejo de abandonar a carreira. Além disso, observou-se que a maioria dos profissionais com sintomas de ansiedade também apresentava algum grau de depressão, indicando uma sobreposição de quadros clínicos que agrava o estado de saúde mental dessas trabalhadoras.

Diante desse cenário, os autores destacam a necessidade urgente de ações por parte da gestão municipal para mitigar o adoecimento dos profissionais da APS. Tais medidas devem contemplar a melhoria das condições laborais, incluindo infraestrutura adequada, fortalecimento da coesão das equipes, estímulo à motivação e iniciativas voltadas à promoção do bem-estar. A implementação de políticas públicas que valorizem o cuidado com quem cuida é essencial para preservar a saúde das trabalhadoras e assegurar a efetividade dos serviços prestados à população (Julio et al., 2022).

Essa problemática dialoga diretamente com o relato do agente entrevistado no trecho destacado acima, que expressa a percepção de negligência do autocuidado entre os profissionais da saúde. O depoimento revela uma dimensão subjetiva do sofrimento, marcada pela invisibilidade do adoecimento emocional e pela sobrecarga cotidiana, especialmente em territórios vulnerabilizados. A fala reforça a urgência de se repensar as práticas institucionais,

reconhecendo que o cuidado com o outro só é sustentável quando há espaço para o cuidado de si.

Corroborando essa perspectiva, estudos recentes (Souza; Moura, 2022; Minayo; Costa, 2023) apontam que a ausência de estratégias organizacionais voltadas à saúde mental das equipes de saúde repercute em quadros de exaustão emocional, sentimentos de impotência e processos de despersonalização. Esses efeitos não apenas comprometem a qualidade do atendimento, mas também fragilizam os vínculos entre os profissionais e os usuários, gerando um ciclo de desgaste que pode culminar no afastamento ou abandono da profissão. Assim, torna-se imperativo que os gestores reconheçam o sofrimento psíquico como uma questão estrutural e promovam intervenções que valorizem o cuidado integral das trabalhadoras da APS.

Adicionalmente, considera-se que esse cuidado deve partir da compreensão das relações presentes no trabalho que são transversalizadas pelas interseccionalidades. Como aponta Vieira (2023), há necessidade de se reconhecer que os riscos psicossociais não se manifestam de forma isolada, mas como resultado das interações entre os sujeitos e os complexos processos sociais que atravessam o ambiente de trabalho. As estruturas de poder, especialmente aquelas relacionadas à classe social, à racialização e ao gênero, influenciam diretamente as experiências de sofrimento psíquico, exigindo que as políticas de cuidado considerem essas transversalidades para serem efetivas e justas.

Nesse sentido, é fundamental que as estratégias de promoção da saúde mental no trabalho não apenas ofereçam suporte técnico e emocional, mas também enfrentem as violências simbólicas e institucionais que se perpetuam nas relações laborais. A interseccionalidade permite compreender que o adoecimento não é apenas fruto da sobrecarga ou da precarização, mas também da invisibilização das desigualdades que estruturam o cotidiano dos profissionais. Assim, o cuidado com quem cuida deve ser sensível às múltiplas dimensões da identidade e da trajetória das trabalhadoras, promovendo ambientes que respeitem a diversidade e combatam as formas de opressão que atravessam o campo da saúde.

A necessidade de repensar o cuidado baseado nas necessidades dos usuários é expressada também pelas agentes de saúde. Isso se exemplifica em uma fala de um entrevistado, que aponta a dificuldade de profissionais da equipe em conduzirem um caso de uma pessoa de outra origem étnica.

“Um dos casos para mim que foi bem marcante foi quando [...] eu tinha uma família que era indígena [...] e pelas práticas deles a unidade básica de saúde não conseguia atender a necessidade deles [...] era muito difícil entender a história, a própria linguagem.” (AS 5)

A dificuldade de comunicação mencionada pelo entrevistado revela não apenas um entrave linguístico, mas também epistemológico, em que os saberes tradicionais indígenas são frequentemente desconsiderados ou mal compreendidos pelas estruturas da APS. Essa lacuna compromete a efetividade do cuidado e reforça a marginalização de populações que historicamente enfrentam processos de invisibilização. A escuta qualificada e a mediação intercultural tornam-se, portanto, estratégias fundamentais para garantir que o cuidado em saúde seja inclusivo, respeitoso e alinhado às realidades socioculturais dos usuários.

Além disso, a situação narrada aponta para a urgência da incorporação de práticas de acolhimento que valorizem a pluralidade de saberes e modos de vida, visto que isso é essencial para superar o modelo hegemônico centrado exclusivamente na racionalidade biomédica. Como destaca Silveira et al. (2021), reconhecer o cuidado como prática simbólica implica compreender que ele se constrói na relação entre sujeitos, atravessada por valores, crenças e experiências que não podem ser ignoradas no cotidiano dos serviços de saúde.

Esse entrelaçamento revela que o cotidiano das agentes de saúde é atravessado por vínculos que extrapolam os limites institucionais, configurando uma prática de cuidado que se constrói na convivência, na escuta e na presença nos territórios. O cuidado, nesse contexto, assume uma dimensão relacional e ética, em que o vínculo com a comunidade é tão importante quanto o domínio técnico das ações em saúde.

Além disso, os afetos mobilizados nas interações cotidianas tornam-se elementos centrais na constituição do trabalho das agentes. A empatia, o reconhecimento das dores e das alegrias dos usuários, e o envolvimento com os desafios do território são componentes que moldam a forma como o cuidado é ofertado. Essa dimensão afetiva, muitas vezes invisibilizada pelas lógicas gerenciais, é fundamental para compreender o impacto subjetivo do trabalho na saúde mental dos profissionais, bem como para valorizar práticas que promovem o fortalecimento dos laços comunitários.

Por fim, as experiências compartilhadas entre agentes e moradores revelam uma circularidade do cuidado, em que os profissionais também são afetados pelas histórias que escutam e pelas situações que enfrentam. Essa reciprocidade exige que as políticas públicas reconheçam o cuidado como uma prática situada, complexa e atravessada por múltiplas

dimensões da vida. Investir em espaços de escuta, educação permanente e valorização dos saberes territoriais é essencial para sustentar uma APS que seja, de fato, integral, humanizada e comprometida com os sujeitos que a constroem diariamente.

7 CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo apontam que a equidade no trabalho em saúde é um processo ainda em construção, atravessado por múltiplas dimensões de desigualdade que se entrelaçam e moldam a experiência cotidiana das agentes de saúde.

As análises revelam que as iniquidades se expressam tanto no acesso dos usuários quanto nas relações de trabalho. As mulheres, sobretudo as mulheres negras e mães solo, enfrentam sobrecarga e desvalorização decorrentes da naturalização da dupla jornada. As discriminações relacionadas à orientação sexual, identidade de gênero e idade demonstram que o ambiente de trabalho ainda reproduz hierarquias e preconceitos presentes na sociedade, produzindo efeitos concretos sobre as condições de trabalho, o reconhecimento profissional e a saúde desses trabalhadoras.

Constatou-se também que as fragilidades das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde agravam essas desigualdades, limitando oportunidades de formação, reconhecimento e a necessidade de promoção de ambientes de trabalho saudáveis. A interseccionalidade mostrou-se uma ferramenta potente para revelar as camadas invisíveis de desigualdade que atravessam o trabalho em saúde e, ao mesmo tempo, para apontar caminhos de transformação.

A equidade, nesse contexto, demanda mais do que o que atualmente é ofertado, requer reconhecimento das diferenças e respostas institucionais sensíveis às especificidades de cada grupo de trabalhadoras. Promover a equidade no trabalho em saúde requer reconhecer e enfrentar as múltiplas dimensões das desigualdades estruturais que atravessam o cotidiano das agentes. Defende-se, portanto, a ampliação e a criação de políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador, que levem em consideração os aspectos interseccionais, visando diminuir os impactos causados pelas iniquidades, assim como, a formação continuada é imprescindível para consolidar ambientes de trabalho mais justos e saudáveis.

8 IMPACTO SOCIAL DO TRABALHO

Este estudo contribui de forma significativa à valorização e à visibilidade das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), posicionando-os como protagonistas no fortalecimento do SUS e revelando, por meio da interseccionalidade, as complexas desigualdades estruturais, ligadas a gênero, raça, classe, idade e sexualidade, que atravessam suas condições laborais.

A partir dos resultados, gestores, formuladores de políticas e profissionais de saúde poderão ser sensibilizados para a urgência de reconhecer e enfrentar as iniquidades nos ambientes de trabalho, subsidiando políticas de gestão do trabalho e de educação em saúde mais inclusivas, antirracistas e sensíveis às diversidades. Socialmente, o estudo tem o potencial de estimular diálogos entre trabalhadoras, gestão e comunidade para a construção participativa de soluções e fortalecer o compromisso coletivo com a justiça social. No âmbito científico, a pesquisa preenche lacunas na literatura ao aprofundar reflexões teóricas e metodológicas sobre equidade e interseccionalidade em contextos de agentes de saúde, oferecendo um referencial que pode ser adaptado para outras localidades.

Para ampliar o alcance e tradução do conhecimento, os resultados serão apresentados utilizando de uma linguagem acessível e divulgados no podcast Fale com Agente, cuja gravação está agendada para o dia 7 de Novembro do corrente ano. Esse formato de comunicação permitirá que as vozes das agentes cheguem não somente ao meio acadêmico, mas à população em geral, gestores, profissionais de saúde e outros segmentos interessados. A disseminação dos achados por meio de podcast contribui para a democratização do conhecimento, amplia o diálogo público sobre as desigualdades no trabalho em saúde e fortalece a mobilização social.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, J. A. *et al.* Considerations for the use of intersectionality in qualitative health research. *Social Sciences and Medicine. Soc. Sci. Med.*, v. 285, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32574889/>. Acesso em: 01 nov. 2024.

Acesso em: 20 nov. 2024.

BARBOSA, A. C. *et al.* Vulnerabilidades mediando o encontro do cuidado em saúde: por uma agência interseccional. *Ciência saúde coletiva*, v. 29, n. 7, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04352024>. Acesso em: 01 nov. 2024.

BARBOSA, A. C. *et al.* Vulnerabilidades mediando o encontro do cuidado em saúde: por uma agência interseccional. *Ciência saúde coletiva*, v. 29, n. 7, 2024.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BATISTA, E. C.; MATOS, L. A. L.; NASCIMENTO, A. B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, v. 11, n. 3, p. 23-38, 2017. Disponível em: <https://doceru.com/doc/n0c1055s>. Acesso em: 01 nov. 2024.

BEZERRA, Y. R. N.; FEITOSA, M. Z. F. **A afetividade do agente comunitário de saúde no território**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 813-822, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equidade em Saúde**. Disponível em:

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 21 nov. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília - DF, 2012. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equidade em Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/o-que-e-equidade>. Acesso em: 22 nov. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília- DF, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf. Acesso em 15 de dez. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no SUS**. Brasília - DF, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/equidade-no-sus>. Acesso em: 01 nov. 2024.

BRITO, R. S. *et al.* Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Saúde Transform. Soc.**, v. 5, n. 1, p. 16-21, 2014. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100004. Acesso em: 01 nov. 2024.

BRITO, R. S. *et al.* Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Saúde Transform. Soc.**, v. 5, n. 1, p. 16-21, 2014.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde soc.**, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CARVALHO, A. M. P. *et al.* A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Caderno saúde pública**, v. 28, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040151>. Acesso em: 01 nov. 2024.

CARVALHO, D. J. G. *et al.* Atuação dos residentes multiprofissionais em saúde da família na capacitação de agentes comunitários de saúde: relato de experiência. **Ciência plural**, v. 8, n. 1, 2022.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**, v. 10, p. 171-188, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>. Acesso em: 20 dez. 2023.

DE ARAÚJO, I. M.; DE SOUSA, L. M. P. Ecologia de saberes e território: integração do ACS e do ACE na Atenção Primária à Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 43-68, 2021.
DIAS, M. N. F. O olhar do agente comunitário de saúde para a sua prática profissional: entre o trabalho real e o trabalho prescrito. **Revista Trabalho Necessário**, v. 20, n. 43, 2022. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/55269/33249>. Acesso em: 01 nov. 2024.

DIAS, M. N. F. O olhar do agente comunitário de saúde para a sua prática profissional: entre o trabalho real e o trabalho prescrito. **Revista Trabalho Necessário**, v. 20, n. 43, 2022.

em: 01 nov. 2024.

EVANGELISTA, J. G. *et al.* Agentes de combate às endemias: construção de identidades profissionais no controle da dengue. **Trab. Educ. Saúde**, v. 17, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00173>. Acesso em: 01 nov. 2024.

EVANGELISTA, J. G. *et al.* Agentes de combate às endemias: construção de identidades profissionais no controle da dengue. **Trab. Educ. Saúde**, v. 17, n. 1, 2019.

FARIA, C. C. M. V.; PAIVA, C. H. A. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. **Trabalho educ. Saúde**, v. 18, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00251>. Acesso em: 01 nov. 2024.

FARIA, C. D.; MACHADO, Y. J. Análise comparativa: direitos humanos e as leis orgânicas da saúde. **Revista bioét.**, v. 30, n. 3, p. 558-563, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/pSmJKmtGG6ZgfgbsKXFyDnR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2024.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. **APS em revista**, v. 3, n. 3, p. 210-223, 2021. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/218>. Acesso em: 20 out. 2024.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. **APS em revista**, v. 3, n. 3, p. 210-223, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Escorel, S. Equidade em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>. Acesso em: 20 out. 2024.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016.

HANCOCK, Ange-Marie. **Intersectionality: An intellectual history**. Oxford University Press, 2016.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais.

Tempo social, v. 26, p. 61-73, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>. Acesso em: 20 dez. 2023.

KYRILLOS, Gabriela M. Uma análise crítica sobre os antecedentes da interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 1, p. e56509, 2020.

JESUS, J. M.; RODRIGUES, W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022

JULIO, R. S. de S. et al. Prevalência de ansiedade e depressão em trabalhadores da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, n. e00065121, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/wwr3pFwyvssv5s5wNJvXKvw/>. Acesso em: 11 set. 2025.

LIMA, J. G. *et al.* O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Caderno saúde pública**, v. 37, n. 8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00247820>. Acesso em: 01 nov. 2024.

MACHADO, F. V.; TEIXEIRA, L. B.; POSSA, L. B. Experiência e (des)identificação no enfrentamento de desigualdades e preconceitos na percepção dos agentes comunitários de saúde. **Revista psicol.**, v. 25, n. 2, 2019. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682019000200032. Acesso em: 01 nov. 2024.

MAROTTA, C. S. *et al.* Atenção primária como porta de entrada preferencial à rede de atenção à saúde. Percepção de moradores assistidos por um projeto comunitário. **Revista saber digital**. V. 17, n. 2, 2024. Disponível em: <https://revistas.faa.edu.br/SaberDigital/article/view/1527>. Acesso em: 01 nov. 2024.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Território, desigualdade e saúde: desafios contemporâneos da vigilância em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, e00212122, 2023.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no

Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 261-274, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>. Acesso em: 20 dez. 2023.

NOGUEIRA, M. L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 309-323, 2019.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. p. 19- 32.

OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. p. 19-32.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 20 dez. 2023.

PAIM, J. *et al.* O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)>.

PAIM, J.S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, p. 34-46, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104->

PEREIRA, André. **Equidade em saúde: teoria e prática no contexto brasileiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA, B. C. J. Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade. **Revista Ciência soc.** V. 21, n. 3, 2021.

PEREIRA, G. A. *et al.* Integração do agente de combate às endemias na Estratégia Saúde da Família, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2017. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 30, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2021.v30n1/e2019500/pt>. Acesso em: 01 nov. 2024.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe *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, p. 905-911, 2011.

SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Agentes comunitários de saúde na Atenção Primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trabalho educ. Saúde**, v. 15, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00075>. Acesso em: 20 dez. 2023.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SEN, Amartya. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVA, K. M. V.; FILHO, N. A. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Caderno saúde pública**, v. 25, n. 2, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>. Acesso em: 20 out. 2024.

SILVA, T. L. *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://doi.org/10.1590/0103-1104202012404>. Acesso em: 01 nov. 2024

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revist esc. Enfermagem USP**, v. 52, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>. Acesso em: 01 nov. 2024.

SPERONI, K. S.; FRUET, I. M. A.; DALMOLIN, G. L.; LIMA, S. B. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Revista Cuidarte**, v. 7, n. 2, p. 1325-1337, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2002. Editora Unesp.

STELZER, J.; KYRILLOS, G. M. Inclusão da interseccionalidade no âmbito dos direitos humanos. **Revista direito e práx.**, v. 12, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/44747>. Acesso em: 01 nov. 2024.

RIQUINHO, Deise Lisboa *et al.* O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 163-182, 2017.

VALSECHI, D. F.; MARQUES, M. C. C. *et al.* Equidade em saúde para a população em situação de rua: uma revisão crítica. **Saúde debate**, v. 47, n. 139, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313917>. Acesso em: 01 nov. 2024.

VIEIRA, C. E. C. Violência no trabalho: dimensões estruturais e interseccionais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s. l.], v. 48, ed. cinc2, 2023.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1	Nome:
2	Idade: _____ (anos)
3	Gênero: (1) Homem (2) Mulher (3) Não-binário (4) Outro (5) Prefiro não responder
4	Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarelo (5) Indígena
5	Estado civil: (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado(a) (6) Viúvo (a) (7) União Estável
6	Tem filhos? (1) Não (2) 1 filho (3) 2 filhos (4) 3 filhos (5) 4 ou mais filhos Idade do(s) filho(s): _____
7	É mãe solo, isto é, cria o/s(a/s) filho/s(a/s) sozinha? (1) Não (2) Sim. (3) Não se aplica
8	É pai solo, isto é, cria o/s(a/s) filho/s(a/s) sozinho? (1) Não (2) Sim. (3) Não se aplica
9	Possui netos(as) e é a(o) principal responsável pelo cuidado dos netos? (1) Não (2) Sim. (3) Não se aplica
10	Escolaridade: (1) Ensino Médio Completo (2) Ensino Técnico (3) Ensino Superior (4) Outro (qual?) _____
11	Religião: (1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (5) Religiões de Matriz Africana (6) Nenhuma (7) Outra (qual?) _____
12	Possui meio de transporte particular? (1) Não (2) Sim (qual?) _____
13	É o(a) principal responsável pela renda familiar mensal? (1) Não (2) Sim
14	Qual é a sua renda familiar mensal total em reais? (1) Entre 1 e 2 salários mínimo (2) Entre 3 e 4 salários mínimo (3) Entre 5 ou mais salários mínimo
DADOS OCUPACIONAIS	
1	Município que atua:
2	Unidade básica de saúde a qual faz parte:
3	Tipo de vínculo empregatício: (1) Estatutário (2) Vínculo por Excepcional Interesse Público (3) Cargo em Comissão
4	Tempo de trabalho como Agente de Saúde: (1) Entre 1 e 2 anos (2) Entre 2 e 3 anos (3) Entre 3 e 4 anos (4) Entre 4 e 5 anos (5) 5 anos ou mais

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

ROTEIRO
1. Quais são os trabalhos que você desenvolve como ACS/ACE? Quais as potencialidades e as dificuldades para a realização do seu trabalho no município que você atua?
2 - Você considera que as desigualdades sociais podem interferir no trabalho na área da saúde? De que forma?
3 - Você considera que a diversidade existente na sociedade (de gênero, idade, deficiência, raça, etnia etc.) pode interferir no trabalho em saúde? De que forma?
4 - Você já vivenciou uma situação em que a desigualdade social ou a diversidade interferiu negativamente no trabalho em saúde? Se sim, poderia relatar?
5- Qual(is) estratégia(s) adotada(s) para fazer enfrentamento a essa(s) situação(ões)? De onde vieram os apoios?
6. Em que medida você acredita que as questões de diversidade (de gênero, idade, deficiência, raça, etnia etc.) influenciam a distribuição de tarefas e oportunidades de crescimento profissional entre os ACS/ACE?
7. Você tem conhecimento das medidas adotadas pelo município para promover a equidade no trabalho dos ACS/ACE? Se sim, quais?
8. Quais estratégias ou ações você acredita que poderiam ser implementadas para melhorar a equidade e justiça no seu local de trabalho?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Res.510/2016- CNS)

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa **"EQUIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE: UM OLHAR INTERSECCIONAL SOBRE A REALIDADE DE AGENTES DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO"**, conduzida por Letícia Luana Claudino da Silva, discente do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PpgSaCol – FACISA / UFRN), orientada pelo Prof. Dr. Mauricio Wiering Pinto Telles.

A pesquisa tem o objetivo de analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a equidade no trabalho em saúde do município de XXXXX. Sendo importante para subsidiar a criação ou reformulação de ações, estratégias e programas na atenção à saúde. O motivo que nos leva a realizar tal pesquisa estende-se a necessidade de desenvolver estratégias e políticas específicas que atendam às demandas desses profissionais. Ao investigar as interseções entre diversos aspectos da equidade em saúde e o trabalho desses profissionais, podemos identificar lacunas existentes nas abordagens atuais de suporte à saúde desses trabalhadores.

Caso decida participar o (a) senhor (a) será submetido a etapa de coletas de dados, respondendo a um questionário socioeconômico e a uma entrevista sobre as suas percepções enquanto agente comunitário de saúde sobre a equidade no trabalho em saúde do município de XXXXX. O processo (resposta ao questionário e entrevista) demandará aproximadamente 1 hora a 1 hora e 30 minutos do seu tempo. Mediante a sua permissão e autorização conforme assinatura do termo de gravação de voz, o (a) senhor (a) será entrevistado a partir de cinco perguntas centrais disparadoras a respeito das suas percepções sobre a equidade no seu trabalho.

Durante a entrevista, podem ocorrer desconfortos, pois os questionamentos envolvem suas impressões, experiências pessoais e sentimentos sobre o seu trabalho em saúde. Para minimizar esse risco, a entrevista será realizada em local de sua preferência, garantindo o anonimato, e você não é obrigado (a) a responder questões consideradas arriscadas ou constrangedoras, podendo desistir da pesquisa a qualquer momento. Como benefícios indiretos, tanto individuais quanto coletivos, esse estudo poderá servir como base para gestores, formuladores de políticas e demais atores envolvidos na esfera da saúde pública, visando promover o enfrentamento às desigualdades de gênero e raça, e estratégias e políticas públicas que buscam combater as desigualdades sociais ainda presentes no cenário do sistema de saúde brasileiro.

Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionadas à pesquisa, a pesquisadora, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa assegurarão assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa.

_____ (assinatura do Participante/Responsável legal) _____ (assinatura Pesquisador)

Dúvidas relacionadas durante a pesquisa poderão ser esclarecidas através do e-mail: leticialuanacs@hotmail.com ou pelo telefone (83) 9 99843688.

Você possui o direito de optar por não participar ou retirar seu consentimento em qualquer estágio da pesquisa, sem sofrer qualquer prejuízo.

As informações que você fornecer serão mantidas em sigilo e divulgadas exclusivamente em eventos acadêmicos ou publicações científicas, preservando sempre o anonimato, sem revelação de qualquer dado que possa identificá-lo. A pesquisadora responsável por este estudo armazenará esses dados de forma segura por um período de cinco anos.

Algumas despesas relacionadas à sua participação neste estudo serão assumidas pela pesquisadora e posteriormente reembolsadas a você.

Em caso de qualquer dano resultante deste estudo, seja ele imediato ou tardio, previsto ou não, será garantida a sua indenização.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Letícia Luana Claudino da Silva.

Em caso de dúvidas sobre a ética desta pesquisa, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da FACISA / UFRN, responsável por avaliar a ética das pesquisas antes de seu início e fornecer proteção aos participantes. Você pode entrar em contato pelos telefones (84) 3342 2287, Ramal 243, ou (84) 9 9224 0009, ou pelos e-mails cepfacisa@gmail.com ou cep@facisa.ufrn.br. Alternativamente, é possível visitar pessoalmente a sede do CEP de segunda a sexta, das 07h00min às 13h00min, no endereço Rua Vila Trairi, s/n, Centro, Bloco II, FACISA UFRN, Santa Cruz-RN, CEP: 59200-000.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após receber esclarecimentos sobre os objetivos, importância e procedimentos de coleta de dados desta pesquisa, assim como estar ciente dos riscos, possíveis desconfortos e benefícios associados à minha participação, e tendo pleno conhecimento de meus direitos, manifesto minha concordância em participar do estudo **"Equidade no Trabalho em Saúde: Um Olhar Interseccional sobre a Realidade de Agentes de Saúde de Município do Nordeste Brasileiro "**. Autorizo também a divulgação das informações que eu fornecer em eventos científicos e/ou publicações, assegurando que nenhum dado permita minha identificação

Assinatura do participante da pesquisa

Declaração do pesquisador responsável

_____ (assinatura do Participante/Responsável legal) _____ (assinatura do Pesquisador)

Como pesquisadora encarregada do estudo “Equidade no Trabalho em Saúde: Um Olhar Interseccional sobre a Realidade de Agentes de Saúde de Município do Nordeste Brasileiro”, afirmo minha total responsabilidade em seguir rigorosamente os procedimentos metodológicos e garantir os direitos previamente esclarecidos e assegurados aos participantes deste estudo. Comprometo-me a manter sigilo e confidencialidade em relação à identidade dos participantes.

Declaro estar plenamente ciente de que a não observância desse compromisso implicará na violação das normas e diretrizes estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Local, RN, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

APÊNDICE D

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa "Equidade no Trabalho em Saúde: Um Olhar Interseccional sobre a Realidade de Agentes de Saúde de Município do Nordeste Brasileiro", conduzida por Letícia Luana Claudino da Silva, discente do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PpgSaCol – FACISA / UFRN), orientada pelo Prof. Dr. Mauricio Wiering Pinto Telles.

Este estudo tem como objetivo de analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a equidade no trabalho em saúde do município de XXXXX. Sendo importante para subsidiar a criação ou reformulação de ações, estratégias e programas na atenção à saúde no enfrentamento de desigualdades ainda presentes no cenário do sistema de saúde brasileiro.

Portanto, solicitamos sua autorização para a gravação de voz, com a garantia da pesquisadora acima mencionada em respeitar os seguintes direitos:

Parte superior do formulário

1. Acesso às gravações e transcrições dos áudios garantido;
2. Assegurar que os áudios coletados serão exclusivamente utilizados para a geração de informações destinadas à pesquisa mencionada aqui, bem como para outras publicações decorrentes, tais como revistas e eventos científicos;
3. Manter o anonimato, sem revelar a identificação em nenhuma forma de divulgação das informações geradas, empregando mecanismos específicos para tal (por exemplo, distorção da voz);
4. Obter os áudios de maneira a preservar a privacidade e reduzir possíveis constrangimentos;
5. Possibilidade de interromper a participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse dos áudios.

Os áudios/gravações coletados consistirão em gravações de áudio realizadas por meio de um dispositivo mp3, sem identificação do participante, com uma estimativa de duração da gravação entre 1 hora à 1 hora e 30 minutos em cada entrevista realizada.

Consentimento de Autorização de Uso de Imagens (fotos e/ou vídeos) e Voz

Após ter sido esclarecido sobre as condições para a minha participação no estudo, eu,

_____ autorizo

o uso de:

☐ Minhas imagens (fotos e/ou vídeos)

☐ minha voz

☐ minhas imagens (fotos e/ou vídeos) e minha voz

Local, RN, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsáv

ANEXOS

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FACISA/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Equidade no Trabalho em Saúde: Um Estudo Interseccional na Perspectiva de Agentes Comunitários de Saúde em Municípios do Rio Grande do Norte

Pesquisador: LETICIA LUANA CLAUDINO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 81444724.1.0000.5568

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.094.871

Apresentação do Projeto:

Os autores do projeto descrevem: **INTRODUÇÃO:** O projeto de pesquisa aborda a importância do SUS na garantia do acesso universal à saúde e destaca a Atenção Primária como fundamental na promoção da equidade. A interseccionalidade é considerada essencial para compreender as desigualdades no trabalho em saúde, sendo explorada como elemento central no estudo das questões de equidade dos agentes comunitários de saúde na APS. **OBJETIVO:** Analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde dos municípios de [REDACTED] participantes do projeto [REDACTED], sobre a iniquidade no trabalho em saúde e suas implicações para o seu cotidiano. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, que tem como cenário os municípios de [REDACTED], localizados no estado do Rio Grande do Norte. O cenário para realização da investigação desse estudo serão os municípios de [REDACTED] ambos situados no estado do Rio Grande do Norte. A população do estudo será composta por agentes comunitários de saúde (nível médio e técnico) que compõem as respectivas equipes das unidades básicas de saúde dos municípios de [REDACTED] e que participem do projeto [REDACTED] uma estratégia para a promoção da equidade no trabalho em saúde, contemplando um universo total estimado de 35 participantes. **JUSTIFICATIVA:** Sua relevância reside na necessidade de desenvolver estratégias e políticas específicas para atender às demandas dos profissionais de saúde, preenchendo lacunas na

Endereço: Rua Trairi S/N

Bairro: Centro

CEP: 59.200-000

UF: RN

Município: SANTA CRUZ

Telefone: (84)3342-2287

Fax: (84)99224-0009

E-mail: cep@facisa.ufrn.br

abordagem atual de suporte à saúde desses trabalhadores. Além disso, a escassez de estudos convergentes com a temática e metodologia proposta ressalta a novidade do tema e a necessidade de investigações originais. **RESULTADOS ESPERADOS:** Incluem uma análise profunda da percepção dos agentes comunitários de saúde de [] sobre a iniquidade no trabalho em saúde, identificando suas implicações no cotidiano. Espera-se também contribuir para o desenvolvimento de estratégias e políticas específicas para atender às demandas desses profissionais, preenchendo lacunas na abordagem atual de suporte à saúde. Além disso, o estudo visa destacar a importância da interseccionalidade na compreensão das desigualdades no trabalho em saúde, oferecendo insights valiosos para gestores e formuladores de políticas de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Lê-se: Objetivo Primário: Analisar a percepção dos agentes comunitários de saúde dos municípios de [] participantes do projeto [] sobre a iniquidade no trabalho em saúde e suas implicações para o seu cotidiano. Objetivo Secundário: Levantar o perfil dos agentes comunitários dos municípios de [] participantes do projeto Fala com Agente; Compreender as iniquidades vivenciadas pelos agentes comunitários dos municípios de [] em seu local de trabalho; Analisar os impactos das iniquidades para o cotidiano dos ACS; Investigar as estratégias institucionais adotadas para as questões relativas à promoção da equidade no trabalho dos ACS nos municípios estudados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores previram os seguintes riscos: . Quanto aos riscos é possível que algumas perguntas provoquem desconfortos emocionais, estresses ou constrangimento ao responder algum questionamento durante as entrevistas. Neste caso, será informado e assegurado o direito de desistência do participante em qualquer etapa da pesquisa, sem que ocorra qualquer tipo de questionamento ou penalização. Ademais, as entrevistas serão realizadas de maneira individual, em local que garanta conforto e anonimato em suas respostas.

Os pesquisadores previram os seguintes benefícios: Os participantes da pesquisa não serão diretamente beneficiados por participarem deste estudo. Entretanto, os resultados da pesquisa podem beneficiá-los indiretamente, espera-se que os resultados possam contribuir com o melhor entendimento do contexto, podendo fomentar a gestão, poder público e a sociedade com reflexões e intervenções nesse cenário.

Endereço: Rua Trairi S/N

Bairro: Centro

UF: RN

Município: SANTA CRUZ

CEP: 59.200-000

Telefone: (84)3342-2287

Fax: (84)99224-0009

E-mail: cep@facisa.ufm.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FACISA/UFRN



Continuação do Parecer: 7.094.871

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma terceira versão para apreciação do CEP-FACISA. A apreciação não gerou pendências a serem respondidas pelos pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados em conformidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2330991.pdf	14/09/2024 18:04:10		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIA_S_2.pdf	14/09/2024 18:02:39	LETICIA LUANA CLAUDINO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MODIFICADO.pdf	14/09/2024 18:02:06	LETICIA LUANA CLAUDINO DA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIA_S.pdf	13/08/2024 19:35:12	LETICIA LUANA CLAUDINO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.pdf	13/08/2024 19:34:13	LETICIA LUANA CLAUDINO DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_MODIFICADO.pdf	13/08/2024 19:33:00	LETICIA LUANA CLAUDINO DA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIA.pdf	10/07/2024 14:28:21	LETICIA LUANA CLAUDINO DA SILVA	Aceito
Outros	ANUENCIAS.pdf	25/04/2024 15:37:24	LETICIA LUANA CLAUDINO DA SILVA	Aceito
Outros	ID_PESQUISADOR.pdf	25/04/2024 15:28:20	LETICIA LUANA CLAUDINO DA SILVA	Aceito
Orçamento	FINANCIAMENTO_ORCAMENTO.pdf	25/04/2024 15:27:21	LETICIA LUANA CLAUDINO DA	Aceito

Endereço: Rua Trairi S/N

Bairro: Centro

CEP: 59.200-000

UF: RN

Município: SANTA CRUZ

Telefone: (84)3342-2287

Fax: (84)99224-0009

E-mail: cep@facisa.ufm.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FACISA/UFRN



Continuação do Parecer: 7.094.871

Orçamento	FINANCIAMENTO_ORCAMENTO.pdf	25/04/2024 15:27:21	SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDECIA.pdf	25/04/2024 15:26:51	LETICIA LUANA CLAUDINO DA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_NAO_INICIO.pdf	25/04/2024 15:24:59	LETICIA LUANA CLAUDINO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_PARA_GRAVACAO.pdf	25/04/2024 15:20:03	LETICIA LUANA CLAUDINO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	25/04/2024 15:01:52	LETICIA LUANA CLAUDINO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ, 23 de Setembro de 2024

Assinado por:

Maria do Socorro Luna Cruz
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Trairi S/N

Bairro: Centro

CEP: 59.200-000

UF: RN

Município: SANTA CRUZ

Telefone: (84)3342-2287

Fax: (84)99224-0009

E-mail: cep@facisa.ufrn.br