Fale com agente

uma estratégia para a promoção da equidade no trabalho em Saúde

Maurício Wiering Pinto Telles
José Jailson de Almeida Júnior
Maria Clara Santana Maroja
ORGANIZADORES

editoraIFPB

Fale com agente

uma estratégia para
a promoção da equidade
no trabalho em Saúde

ORGANIZADORES

Maurício Wiering Pinto Telles
José Jailson de Almeida Júnior
Maria Clara Santana Maroja

editoraIFPB

João Pessoa, 2026

© 2026 Instituto Federal da Paraíba (IFPB) - Editora IFPB.

Esta licença permite o download e o compartilhamento da obra desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es), sem possibilidade de alterá-la ou utilizá-la para fins comerciais.

4.0 Internacional

OPEN ACCESS

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO,CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA

REITORA
Mary Roberta Meira Marinho

PRÓ-REITORA DE PESQUISA INOVAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
Silvana Luciene do Nascimento Cunha Costa

PRÓ-REITOR DE ENSINO
Neilor Cesar dos Santos

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO E CULTURA
Maria José Batista Bezerra de Melo

PRÓ-REITORA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS
Anna Clara Feliciano Mendonça

PRÓ-REITORA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
Maria Cleidenedia Morais Oliveira

DIRETOR EXECUTIVO DA EDITORA IFPB
Carlos Danilo Miranda Regis

CAPA e DIAGRAMAÇÃO
Adino Bandeira

REVISÃO TEXTUAL
Joselli Maria da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha catalográfica elaborada na Editora IFPB por Valmira Perucchi CRB/15 – 240

F187 Fale com agente: uma estratégia para a promoção da equidade no trabalho em saúde / Maurício Wiering Pinto Teles, José Jailson de Almeida Júnior e Maria Clara Santana Maroja (Orgs.) – João Pessoa: Editora IFPB, 2026.

297 p.: il.

ISBN: 978-65-87572-88-8 (e-book)

1. Saúde pública. 2. Equidade em saúde. 3. Sistema Único de sauúde (SUS). 4. Agentes comunitários de saúde. 5. Agentes de combate às endemias. 6. Trabalho em saúde. I. Telles, Maurício Wiering Pinto. II. Almeida Júnior, José Jailson de. III. Maroja, Maria Clara Santana.

CDU: 614

EDITORA ASSOCIADA À ABEU
abeu.org.br

editoraIFPB

Av. João da Mata, 256 - Jaguaribe
CEP: 58015-020, João Pessoa - Paraíba
Fone: (83) 3612-9722 | E-mail: editora@ifpb.edu.br

Dedicamos este livro aos Agentes Comunitários de Saúde e aos Agentes de Combate às Endemias que fizeram o projeto *Fale com Agente* acontecer.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, o financiamento do projeto Fale com Agente, por meio do Termo de Execução Descentralizada (TED) 161/2023;

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), especialmente à equipe técnica da Pró-Reitoria de Planejamento, todo o suporte ofertado na submissão e acompanhamento do projeto;

À Fundação Norte-Rio-Grandense de Pesquisa e Cultura (FUNPEC), o apoio na execução orçamentária;

À Escola Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (ESP/RN), a parceria na transmissão dos *podcasts*;

Ao Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFRN, o acolhimento do projeto como parte integrante das suas atividades;

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da UFRN (PPgSacol/FACISA/UFRN), todo apoio acadêmico e científico;

Aos entrevistados dos episódios do *podcast* Fale com Agente, a contribuição substancial na tradução do conhecimento sobre a temática da equidade no trabalho em Saúde.

A toda a equipe executora do projeto, a seguir nominada, a intensa dedicação ao trabalho realizado: Adriana Gomes Magalhães, Ana Kalliny de Sousa Severo, Bárbara Monique Alves Desidério, Carla Luiza Cândido de Carvalho Freire, Cleithiano Cândido de Freitas, Dayane Eugênia da Silva, Erika dos Santos Pereira, Fernando Alencar Silva Santos, Jadson Gomes da Silva, João Vitor Ferreira Assunção de Araújo, José Jailson de Almeida Júnior, José Luan Alves da Costa, Kívia Laís de Lima Mota, Laura Fernandes Dell Orto,

Lavínia Mabel Viana Lopes, Leticia Luana Claudino da Silva, Lune Jaci Borges Leal, Maurício Wiering Pinto Telles, Samara Cibele Fernandes Barreto Magnos, Sarah Evelin Rocha dos Santos de Jesus e Yasmim Hellen Cunha.

“Gente é muito bom,
gente deve ser o bom
Tem de respeitar, tem
de se cuidar do bom”.

Caetano Veloso

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS 4

PREFÁCIO 11

Apresentação

UMA INTRODUÇÃO À OBRA: CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO *PODCAST* Fale com Agente **14**

Capítulo 1

A ABORDAGEM INTERSECCIONAL PARA A COMPREENSÃO DAS INIQUIDADES NO TRABALHO EM SAÚDE **24**

Capítulo 2

O TRABALHO NO SUS SOB O CAPITALISMO NEOLIBERAL: INIQUIDADES ESTRUTURAIS E A ESTRATÉGIA DO Fale com Agente **54**

Capítulo 3

A ARTE DE FAZER SAÚDE NO TERRITÓRIO: O ENTRELAÇAMENTO ENTRE VIDA E CUIDADO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) **83**

Capítulo 4

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE **100**

Capítulo 5

O TRABALHO DO AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS NO SUS **118**

Capítulo 6

MULHERES TRABALHADORAS DO SUS: DESAFIOS E LUTAS EM TERRITÓRIO POTIGUAR **147**

Capítulo 7

O ENFRENTAMENTO DO ETARISMO/IDADISMO NO TRABALHO EM SAÚDE **169**

Capítulo 8

EQUIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE: COMPREENSÃO, EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS PARA SUA EFETIVAÇÃO **202**

Capítulo 9
VISIBILIDADE LGBTQIAPN+ NO SUS **226**

Capítulo 10
LETRAMENTO RACIAL PARA TRABALHADORAS E TRABALHADORES DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE UMA OFICINA DESENVOLVIDA EM NATAL, RIO GRANDE DO NORTE **242**

ORGANIZADORES 279
AUTORES. 281

PREFÁCIO

Este livro, construído por diversas mãos, é um dos frutos do Projeto que leva o mesmo título: ***Fale com Agente**: uma estratégia para a promoção da equidade no trabalho em Saúde*.

Desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o Projeto integra as ações do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da própria instituição e é financiado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), por meio do Termo de Execução Descentralizada (TED) 161/2023.

Nos capítulos 1 e 2, são exploradas temáticas que subsidiaram os debates e episódios produzidos ao longo do Fale com Agente, sendo elas a interseccionalidade no cotidiano do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e Agentes de Combate às Endemias (ACEs) e as repercussões do capitalismo neoliberal no trabalho, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Do capítulo 3 até o 9 são realizados diálogos entre fundamentação teórica e as primeiras entrevistas transmitidas no *podcast*, disponíveis no canal do Youtube da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (@TVESPRN) e no Spotify (Fale com Agente). Na autoria desses capítulos, além de bolsistas de graduação, mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da UFRN (FACISA/UFRN) e professores pesquisadores, encontram-se entrevistados convidados, ACSs e ACEs que integram o Projeto. Os temas abordados nesses capítulos e nos episódios envolvem as iniquidades no trabalho em Saúde, buscando compreendê-las e apontar caminhos para seu enfrentamento.

Por fim, no capítulo 10, é apresentada uma experiência fruto da articulação entre o Fale com Agente e coordenadores do Curso *Letramento Racial para Trabalhadores do SUS*, ofertado pelo *Campus* Virtual da Fiocruz. Essa integração possibilitou a realização de uma edição especial voltada para os trabalhadores do SUS do Rio Grande do Norte, realizada no mês de abril de 2025, na Escola de Saúde Pública desse Estado.

Com este livro, esperamos poder contribuir na difusão do conhecimento sobre as iniquidades no trabalho em Saúde valorizando, sobretudo, a sua compreensão

crítica e formas de enfrentamento. Adicionalmente, desejamos que esta obra inspire práticas mais justas, inclusivas e comprometidas com a dignidade de todos os que constroem o SUS diariamente, especialmente os que se inserem em contextos mais vulnerabilizados, aqui representados pelos ACSs e ACEs.

Maurício Wiering Pinto Telles
José Jailson de Almeida Júnior

Apresentação

UMA INTRODUÇÃO À OBRA: CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO *PODCAST* Fale com Agente

Maurício Wiering Pinto Telles
Ana Kalliny de Sousa Severo
Adriana Gomes Magalhães
Yasmim Hellen Cunha
Dayane Eugênia da Silva
José Luan Alves da Costa
José Jailson de Almeida Júnior

O projeto ***Fale com Agente**: uma estratégia para a promoção da equidade no trabalho em saúde* trata de uma proposta inspirada nas atividades desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate às Endemias (ACE), verdadeiros elos entre a comunidade e o Sistema de Saúde, que ocupam um

lugar crucial na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no contexto da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde. A proposta alia-se à utilização de novas tecnologias de comunicação, com o objetivo de valorizar o protagonismo desses trabalhadores.

Nesse contexto, foi idealizado o *podcast* Fale com Agente, apresentado por ACSs e ACEs de Natal/RN, a fim de abordar temas voltados ao enfrentamento às iniquidades no trabalho em saúde, tais como as de gênero, racismo, sexismo, etarismo, capacitismo e outras discriminações.

A elaboração e o desenvolvimento dos *podcasts* contam com a participação ativa dos ACSs e ACEs. Os episódios dos *podcasts* são gravados e disponibilizados por meio das plataformas digitais Youtube e Spotify. Enquanto materiais suplementares, como recortes de episódios e conteúdos educativos, são amplamente compartilhados por meio da rede social Instagram, com o objetivo de ampliar o alcance da iniciativa.

A proposta do projeto considerou a crescente utilização das redes sociais e mídias digitais como ferramentas de ampla comunicação e engajamento entre profissionais de saúde e a população brasileira. Essa proposta foi estimulada por um chamamento público do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria

de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), que selecionou projetos que buscaram desenvolver estratégias no âmbito do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde, para receberem financiamento via Termo de Execução Descentralizada.

Dessa forma, compreende-se que explorar esses ambientes como fonte de informação e educação pode se constituir como uma estratégia potente para o enfrentamento das iniquidades. Outrossim, ter os ACSs e ACEs, que muitas vezes são invisibilizados em seus espaços de trabalho, como protagonistas desse projeto, é uma escolha ético-política para o reconhecimento do papel fundamental desses trabalhadores do SUS e, também, para que o público-alvo do projeto se reconheça naqueles que apresentam o programa. Inverte-se, portanto, a lógica de "fazer para", tornando-a "fazer com".

A concepção metodológica do Fale com Agente foi ancorada em três pilares complementares. O primeiro deles foi a **escuta ativa**, orientada pela construção de pautas, a partir dos relatos e de experiências cotidianas dos ACSs e ACEs. Tais experiências foram coletadas ao longo de um curso previamente realizado com esses

profissionais para conduzirem o *podcast*, publicação digital na qual foram abordados temas relativos às iniquidades no trabalho em saúde e à comunicação e informação em saúde. Essa abordagem visou reconhecer esses Agentes não apenas como executores de políticas públicas mas também como sujeitos epistêmicos e produtores de saberes relevantes para a gestão e o cuidado em saúde. O curso foi mediado por uma jornalista que, em dois encontros, utilizando metodologias ativas, abordou temas que envolviam a comunicação por meio de *podcasts* e propiciou espaços de simulação com os Agentes para que pudessem experienciar a prática da apresentação de episódios nesse formato.

O segundo pilar fundamentou-se em uma **abordagem interseccional**, com a incorporação de temáticas como raça, gênero, sexualidade, capacitismo e etarismo, no âmbito da saúde pública. O enfrentamento dessas múltiplas formas de desigualdade se revela essencial para a efetivação de práticas de cuidado mais justas, sensíveis às diversidades e comprometidas com os direitos humanos.

O terceiro pilar concentrou-se na **expansão do alcance comunicativo** da iniciativa. A utilização estratégica do Instagram como canal de disseminação permitiu não apenas atingir públicos diversos como

também posicionar o projeto dentro de uma lógica de comunicação horizontal e acessível, superando os limites tradicionais da informação em saúde, centrada nos meios institucionais formais.

No que tange aos resultados, observa-se o crescimento progressivo e significativo da conta @falecomagente_ufrn, no Instagram, criada em agosto de 2024. Em junho de 2025, o perfil ultrapassou a marca de 1.200 seguidores, o que indica um processo de consolidação do projeto como canal relevante no debate público sobre equidade em saúde e valorização do trabalho dos agentes comunitários e de endemias.

Além da ampliação do alcance digital, identificou-se um impacto positivo no fortalecimento da identidade profissional dos ACSs e ACEs, os quais passaram a reconhecer sua atuação com maior autoestima e legitimidade. Os relatos recebidos apontam para a importância da visibilidade proporcionada pela plataforma e pela narrativa audiovisual na construção de reconhecimento e pertencimento.

Sendo assim, considera-se que investir no protagonismo comunicativo dos Agentes de Saúde é, portanto, investir na qualidade e na equidade, promovendo uma saúde mais próxima, humana e democrática. Por isso, capacitar esses profissionais para

que possam comunicar com propriedade e confiança suas vivências e saberes é fundamental para se ampliar a participação social e se fortalecer o controle democrático das políticas públicas de saúde. Quando esses Agentes assumem um papel ativo na produção de informação, especialmente em formatos acessíveis como *podcasts*, eles ampliam o alcance das mensagens, educam e empoderam, auxiliando no combate à desinformação e aos preconceitos. A comunicação se torna, assim, uma ferramenta estratégica para fortalecer a saúde coletiva e garantir que o SUS continue sendo um projeto de inclusão e equidade.

A EXECUÇÃO DO PROJETO: PROCESSOS E ETAPAS PARA SUA EFETIVAÇÃO

As atividades do projeto foram iniciadas em fevereiro de 2024, com a seleção de três pesquisadoras, sendo duas docentes (uma do departamento de Fisioterapia e uma do Departamento de Saúde Coletiva) e uma técnica-administrativa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Deu-se então início às atividades de planejamento e execução das metas e objetivos propostos. No mesmo mês, a equipe iniciou o

planejamento das atividades do projeto, as quais seriam desenvolvidas quando o recurso fosse disponibilizado.

Após a composição da equipe nuclear, foram iniciadas as articulações institucionais para a viabilização da etapa de execução do projeto. Com isso, os coordenadores e pesquisadores solicitaram anuência do município de Natal/RN e de outro município da região metropolitana da referida capital potiguar, tendo recebido anuência do primeiro. Adicionalmente, o mesmo núcleo realizou um processo seletivo que contemplou um bolsista de graduação em medicina, por meio de edital de extensão interno da UFRN, para compor a equipe inicial do projeto, além de convidar uma docente do Departamento de Fonoaudiologia e um servidor técnico-administrativo para serem pesquisadores voluntários.

A equipe inicial ficou responsável por planejar a convocação dos ACSs e ACEs e do processo seletivo de bolsistas de graduação, que iniciaram suas atividades posteriormente, quando do recebimento do recurso orçamentário.

Nas etapas preparatórias à construção dos *podcasts*, criamos e executamos processos reflexivos e educativos coletivos com os atores interessados. Para isso, foram escolhidos os referenciais que subsidiam processos participativos na produção e construção do

conhecimento. A Educação Permanente em Saúde, a Educação Popular em Saúde, e a Tradução do Conhecimento foram essenciais para a construção das vivências do Projeto

Como etapa anterior à gravação dos *podcasts*, construímos um curso de Extensão para realizar um processo de Educação Permanente, abordando a equidade no trabalho em saúde. Para tanto, foram realizados seis encontros, ao longo dos meses de setembro de 2024 a janeiro de 2025. A elaboração e execução dos encontros foram realizadas por docentes e discentes do projeto.

Nos encontros, foram debatidas as seguintes temáticas: 1) A equidade no trabalho em saúde e o uso das mídias sociais; 2) O trabalho dos Agentes de Saúde no âmbito da cidade de Natal: a experiência da Tenda do Conto; 3) As iniquidades no trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família e o desafio da equidade; 4) A equidade no trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família: foco em diversidade de gênero, sexualidade e etarismo.

Ao longo do processo, tanto a ordem dos temas quanto o formato das oficinas seguiram um modelo flexível, o qual foi definido a partir das demandas expressas pelos ACSs e ACEs. Os temas foram

desenvolvidos em formatos de oficinas, utilizando-se de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

O projeto ***Fale com Agente****: uma estratégia para a promoção da equidade no trabalho em saúde* demonstra ser uma importante iniciativa de valorização das vozes dos ACSs e dos ACEs no combate às iniquidades em saúde e no fortalecimento do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde. Sua abordagem inovadora, com o uso de *podcast* divulgado em plataforma digital e de materiais educativos amplamente compartilhados por meio da rede social, ganhou dimensão nacional e se mostrou uma estratégia potente para a promoção da equidade em Saúde.

As oficinas realizadas por meio do curso de Extensão proporcionaram a partilha do conhecimento vivencial dos agentes, a aproximação e o aprofundamento teórico sobre as temáticas abordadas. Os episódios de *podcast* que emergiram desse percurso foram produtos de uma construção colaborativa e primaram pelo protagonismo dos ACSs e ACEs. Mais do que produtos, são registros vivos da inteligência coletiva que habita o cotidiano do SUS.

Neste sentido, o projeto, por meio da produção e divulgação dos *podcasts*, trouxe a valorização das vozes

que estão mais próximas à comunidade, assim como a compreensão de que a luta por equidade começa em cada território onde a saúde acontece.

Capítulo 1

A ABORDAGEM INTERSECCIONAL PARA A COMPREENSÃO DAS INIQUIDADES NO TRABALHO EM SAÚDE

Letícia Luana Claudino da Silva
José Jailson de Almeida Júnior
Kívia Laís de Lima Mota
Maurício Wiering Pinto Telles

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo tem o intuito de discutir as iniquidades no trabalho em Saúde, no Estado do Rio Grande do Norte, a partir da perspectiva da interseccionalidade, com enfoque no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do 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.

Os 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, veem-se o ACS e o ACE como importantes atores no processo de territorialização, por meio do vínculo comunitário, contribuindo para a identificação de fatores de riscos ambientais e para o desenvolvimento de ações de comunicação, prevenção e proteção da saúde (Araújo; Souza, 2021).

Ainda que se reconheça a centralidade do trabalho dos ACSs e dos 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 de grupos focais com agentes comunitários de saúde, registraram a presença de sentimento de frustração e de desvalorização relacionados ao tratamento da equipe. Na percepção dos 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 estes e os demais profissionais. Diante disso, o ACS percebe-se como aquele que detém o menor poder. Nogueira (2019) evidencia a precarização do trabalho 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 de 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, utilizou-se a interseccionalidade como lente analítica, uma vez que tal perspectiva contribui para dar luz aos múltiplos atravessamentos das desigualdades e permite compreender a complexidade de fenômenos que constituem e reproduzem as iniquidades no trabalho em Saúde. A interseccionalidade pode ser considerada 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 buscar compreender as condições específicas que deles decorrem (Kyrillos, 2020).

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

2 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E DO AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

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 direito de todos e dever do Estado. Para que o SUS se consolidasse como um sistema universal e equânime, era necessário, no entanto, fortalecer a Atenção Básica em Saúde e aproximar os serviços de saúde das comunidades. Nesse contexto, os ACSs surgiram como uma estratégia fundamental para reforçar 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 – sua inserção nesse contexto histórico representou 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 dos 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, os 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, 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 dos ACSs e dos 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).

O Agente Comunitário de Saúde e o 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 para 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).

O 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. O ACS também atua na identificação de casos suspeitos de doenças – encaminhando os usuários para os serviços de saúde, quando necessário – e em ações educativas e de mobilização da comunidade. Esse Agente ainda promove a saúde no nível individual e familiar, estreitando 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, o ACS contribui para a promoção da saúde, para a prevenção de doenças e para a melhoria da qualidade de vida da população, assegurando 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 o 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 do 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 dos ACSs e ACEs, no território, é marcada por desafios e conquistas. Ambas as categorias enfrentam múltiplas 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 o ACS foca seu trabalho na promoção da saúde e no acompanhamento familiar, o 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).

3 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 importância

particular, dado o papel central que esses profissionais desempenham na promoção da saúde.

Segundo Silva e Almeida Filho (2009), há uma busca constante por justiça na distribuição de recursos e oportunidades na área da 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 desse estudioso, assim como dos autores anteriormente citados, 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 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), a despeito dos avanços alcançados pelo SUS, ainda existem desafios significativos a serem superados, especialmente no que diz respeito às

desigualdades persistentes nas condições de trabalho dos 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 à 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 dos 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 dos 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 dos 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, 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 faz referência, principalmente, à 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 às ACSs nem às ACESs. Ainda que essas mulheres estejam, frequentemente, na linha de frente da Atenção à Saúde, nem sempre recebem a devida atenção nas políticas de valorização do trabalho em Saúde (Carvalho *et al.*, 2020).

Ademais, a equidade no trabalho dos 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, consequentemente, para a promoção da equidade. A invisibilidade das funções desempenhadas pelos 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 dos 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 do projeto Fale com Agente– Natal – 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).

4 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 dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, a interseccionalidade fornece uma lente

crítica para avaliar as condições de trabalho desses profissionais e constatar como as desigualdades estruturais impactam diretamente suas vidas e seu trabalho (Pereira *et al.*, 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 dos obstáculos enfrentados 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).

Os ACSs e ACEs, muitas vezes pertencentes a grupos vulneráveis, enfrentam sobrecarga de atividades, falta de recursos adequados e de apoio institucional, desafios recorrentes que impactam diretamente sua saúde mental e física. 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 permite, portanto, 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 pelos 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 dos 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 agentes (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 município de Natal, onde ocorre o projeto Fale com Agente, possui uma grande diversidade cultural e social, e os 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 dos 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 de apoio aos Agentes Comunitários, buscando mitigar os efeitos da discriminação no exercício de suas funções (Pereira *et al.*, 2021).

Por fim, a integração da interseccionalidade às 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 dos 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 laborais e garantam um atendimento mais qualificado e equitativo às populações atendidas (Lima *et al*., 2021).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa sistematização, fica evidente que os 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, as quais impactam positivamente a 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

o 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

ARAÚJO, I. M. M. de; SOUSA, L. M. P. de. 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. Disponível em: https://doi.org/10.15628/rbept.2024.15523. Acesso em: 22 nov. 2024.

BARBOSA, A. C.; OLIVEIRA, S. S.; OLIVEIRA, R. G. de. Vulnerabilidades mediando o encontro do Cuidado em Saúde: por uma agência interseccional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7,

p. e04352024, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04352024. Acesso em: 22 nov. 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. de; FERREIRA, N. E. M. S.; SANTOS, D. L. A. dos. 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: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 mar 2026.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde soc**., v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200004. Acesso em: 22 nov. 2024.

CARVALHO, A. M. D. P.; SILVA, G. A. D.; RABELLO, E. T. 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: 18 mar. 2026

CARVALHO, D. J. G.; OLIVEIRA, P. S.; SILVA, A. O.; CORDEIRO, M. C.; SOUZA, T. N.; NETO, E. C. 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. Disponível em: https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n1ID25324. Acesso em: 22 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. Disponível em: https://doi.org/10.22409/tn.v20i43.55269 . Acesso em: 22 nov. 2024.

EVANGELISTA, J. G.; FLISCH, T. M. P.; VALENTE, P. A.; PIMENTA, D. N. 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: 18 mar. 2026.

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: 22 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://doi.org/10.1590/1983-80422022303549PT. Acesso em: 22 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://doi.org/10.14295/aps.v3i3.218. Acesso em: 22 nov. 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. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.19572015. Acesso em: 22 nov. 2024.

KYRILLOS, G. M. Uma análise crítica sobre os antecedentes da interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 1, p. e56509, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n156509. Acesso em: 22 nov. 2024.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F. D. 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: 22 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://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n2p891-908. Acesso em: 18 mar. 2026.

MAROTTA, C. D. S.; GUANDALINI, C. C. V.; RODRIGUES, E. A. A.; DE FARIA, K. S.; DE SOUZA, M. C. A. 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://doi.org/10.24859/SaberDigital.2024v17n2.1527. Acesso em: 22 nov. 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. Disponível: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117. Acesso em: 22 nov. 2024.

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. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180783. Acesso em: 22 nov. 2024.

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.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.;MACINKO, J. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 18 mar. 2026. Acesso em: 22 nov. 2024.

PEREIRA, A. **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. Disponível em: https://doi.org/10.15448/1984-7289.2021.3.40551. Acesso em: 22 nov. 2024.

PEREIRA, G. D. A.; PÍCOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. D. O. 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. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100018 . Acesso em: 11 nov. 2025.

PERES, C. R. F. B.; CALDAS JÚNIOR, A. L.; SILVA, R. F. D.; MARIN, M. J. S. 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. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400016. Acesso em: 22 nov. 2024.

RIQUINHO, D. L.; PELLINI, T. V.; RAMOS, D. T.; SILVEIRA, M. R.; SANTOS, V. C. F. D. 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. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086. Acesso em: 22 nov. 2024.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9344/12.pdf?sequence=1&isAllowed=y . Acesso em: 22 nov. 2024.

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

SILVA, L. M. V.; ALMEIDA FILHO, N. 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: 18 mar. 2026
.
SILVA, T. L.; SOARES, A. N.; LACERDA, G. A.; MESQUITA, J. F. D. O.; SILVEIRA, D. C. 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: 22 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. Disponível em: https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.338 . Acesso em: 22 nov. 2024.

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. Equidade em saúde para a população em situação de rua: uma revisão crítica. **Saúde em debate**, v. 47, n. 139, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202313917. Acesso em: 22 nov. 2024.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992. Disponível em: https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN. Acesso em: 18 mar. 2026.

Capítulo 2

O TRABALHO NO SUS SOB O CAPITALISMO NEOLIBERAL: INIQUIDADES ESTRUTURAIS E A ESTRATÉGIA DO Fale com Agente

Samara Cibele Fernandes Barreto Magnos
Maurício Wiering Pinto Telles
Jadson Gomes da Silva
José Jailson de Almeida Júnior

1 INTRODUÇÃO

O Estado capitalista e o seu modo de produção se caracterizam, desde sua consolidação, pela multiplicação sistemática de desigualdades sociais, econômicas e políticas. Dentro dessa lógica, o Estado assume um papel ambíguo: ao mesmo tempo que se apresenta como garantidor de direitos, na prática,

atua na contramão dessa garantia para assegurar as condições necessárias à reprodução do capital e à manutenção das hierarquias sociais. Essa contradição é especialmente visível nas políticas públicas e, de forma acentuada, nas políticas de saúde, cuja promessa do acesso universal frequentemente esbarra nas estruturas desiguais impostas pela lógica neoliberal (Menchise; Ferreira; Álvarez, 2023).

O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto conquista histórica dos movimentos sociais brasileiros, carrega em sua essência o princípio da equidade, aliado à universalidade e à integralidade do cuidado. O avanço do neoliberalismo, especialmente a partir dos anos 1990, impôs, no entanto, uma série de retrocessos às políticas públicas no Brasil. A precarização do trabalho, a desregulamentação das relações laborais e a naturalização das desigualdades tornaram-se características marcantes no setor saúde, afetando principalmente os trabalhadores que atuam em contextos e territórios vulnerabilizados, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e os Agentes de Combate às Endemias (ACEs).

Esses profissionais, fundamentais para a consolidação das ações em saúde no território, vivem sob condições díspares. Por um lado, são a linha de frente

na garantia dos direitos sociais, por outro, permanecem invisibilizados, com reconhecimento institucional insuficiente e sujeitos a constantes violações de direitos. Tal situação não é fruto do acaso, mas sim da lógica estrutural de um Estado capitalista que opera sob uma racionalidade neoliberal, priorizando a eficiência e a contenção de gastos, em detrimento do cuidado, da valorização do trabalho e da dignidade dos profissionais (Orrilo; Figueiredo, 2024).

Diante desse cenário, emergem estratégias de resistência que buscam romper com iniquidades. Uma dessas iniciativas é o projeto Fale com Agente, desenvolvido em articulação com o Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que, por meio de um *podcast*, oferece espaço de fala, escuta e visibilidade aos ACSs e ACEs. Essa estratégia contra-hegemônica não apenas traz visibilidade às condições de trabalho desses profissionais mas também fortalece sua identidade, valoriza seus saberes e atua como instrumento de mobilização e enfrentamento das iniquidades estruturais no campo da Saúde.

Este capítulo pretende, portanto, discorrer sobre a dinâmica do Estado capitalista, os processos de precarização do trabalho em Saúde e a emergência

de estratégias como o Fale com Agente, buscando promover reflexões fundamentais quanto aos desafios e possibilidades da luta contra as iniquidades e por um sistema de saúde verdadeiramente equânime e socialmente comprometido. Este debate se insere no contexto mais amplo de resistência às forças neoliberais que continuam a moldar as relações de trabalho, o acesso à saúde e os direitos sociais no Brasil contemporâneo.

2 A ESTRUTURAÇÃO DO ESTADO CAPITALISTA

O Estado capitalista não surgiu de forma súbita, mas sim como consequência de um processo histórico que se estendeu por séculos e após a vivência de outros modelos sociais. Sua construção está na transição do modelo feudal para as formas modernas de produção. O capitalismo passou por várias transformações, mantendo, no entanto, algumas tendências, como a concentração de capital, a expansão dos mercados e a proteção da propriedade privada.

Segundo Engels (1964), em *A origem da família*, a sociedade se organizava ao longo do tempo de forma "primitiva", sem Estado e sem propriedade privada,

sendo formados pequenos agrupamentos, de maneira simplificada. A modificação desse cenário foi construída por meio da revolução agrícola, em um processo de cultivo de plantas e domesticação de animais; daí foram iniciadas as primeiras formas de acumulação, dando início à divisão social do trabalho, à família monogâmica e à propriedade privada, constituindo, assim, as primeiras divisões por classes sociais.

Desse modo, a sociedade produziu o Estado, guiada pela necessidade de uma força de coerção e de controle, fomentando um modelo social marcado por antagonismos e que, por si só, não tem o poder de os eliminar, já que a sociedade que criou tais antagonismos se constituiu e se mantém dividida por interesses contraditórios. Nesse contexto, o Estado acaba se tornando um mediador de conflito, que busca deixar a sociedade dentro da ordem. Engels aponta que:

> Na maioria dos Estados do período histórico, os direitos concedidos aos cidadãos do Estado são escalonados de acordo com suas posses e, desse modo, declara-se abertamente que o Estado é uma organização destinada a proteger a classe possuidora da não possuidora. Ele já era assim com as classes possuidoras atenienses e romanas. E foi assim também

> o Estado feudalista da Idade Média, no qual o poder político se estruturava conforme a posse fundiária. E é assim também no censo eleitoral dos Estados representativos modernos (Engels, 1964, p. 135).

Segundo Pronni (1997), a história do capitalismo teve início na Europa, a partir do século XI, na crise do feudalismo, como um novo movimento impulsionado pela acumulação primitiva de capital, a partir da apropriação dos camponeses e do fortalecimento da burguesia mercantil. Sua consolidação se deu na Inglaterra, na Revolução Industrial, por meio do modelo fordista, que introduziu a produção mecanizada e em larga escala, causando profundas mudanças sociais e o agravamento de desigualdades.

Nos séculos seguintes, o capitalismo se expandiu globalmente, assumindo formas monopolistas e imperialistas, com a concentração de empresas, bancos e a divisão do mundo entre as potências econômicas. As crises, como a de 1929, mostraram a necessidade da intervenção estatal, dando origem ao modelo de Bem-Estar Social no pós-guerra, que durou até os anos 1970. A partir disso, com as novas crises, o neoliberalismo ganhou força, priorizando a desregulamentação, privatizações

e a dominação do capital financeiro, levando à atual fase de globalização, marcada por um aumento ainda maior das desigualdades e pela centralização do poder econômico em grandes corporações transnacionais (Pronni, 1997).

Atualmente, o Estado neoliberal vem avançando fortemente, com o crescimento de ideais conservadores de extrema direita, que preza por um Estado mínimo que garanta a sua hegemonia e a proteção da propriedade privada e da manutenção da disciplina da força de trabalho.

Nesse cenário, Pinto e Balanco (2014) apontam que o Estado capitalista atualmente é estruturado por dois pontos: o ponto "Plano abstrato-formal" – em que o Estado aparece com a função de garantir condições para a reprodução do capital a longo prazo, mantendo a ordem jurídica, monetária e uma força de trabalho disponível – e o "Plano concreto-real", onde o Estado se apresenta não apenas como um reflexo econômico mas também como um campo de disputas políticas reais, colocando-se entre a hegemonia do poder dominante e os setores populares, influenciando diretamente as políticas públicas e econômicas.

Pereira (1994) ressalta que a política sempre esteve estritamente relacionada aos interesses que

geram um estado de coesão. Dessa forma, o poder do Estado deveria ser delegado pela sociedade e para a sociedade, por meio de um controle democrático.

> Mas, no modo de produção capitalista, concretizá-la significa lutar permanentemente contra um problema que lhe é intrínseco: a divisão da sociedade em classes impõe diferenciações de acessos e usufrutos, submetendo o universalismo jurídico à lógica do mercado. Assim, há cidadãos mais bem atendidos do que outros (Pereira, 1994, p. 105, sic).

Dentro da estrutura histórica do Estado capitalista, essa coesão é produzida e reproduzida diante das crises cíclicas que são intrínsecas ao capitalismo; assim, dentro dessa lógica, as necessidades sociais são colocadas em segundo plano, sendo necessários momentos, atos de lutas e organizações populares para que direitos básicos sejam garantidos.

O Estado capitalista não é, portanto, neutro nem totalmente autônomo nem mero reflexo da economia, mas uma ferramenta dinâmica e histórica, moldada pelas lutas de classe e pela necessidade de manutenção da ordem e da acumulação capitalista.

3 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E NATURALIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES: A DESUMANIZAÇÃO E INVISIBILIZAÇÃO DE CATEGORIAS DE TRABALHADORES NA ÁREA DA SAÚDE

A precarização do trabalho constitui um dos grandes desafios contemporâneos, enraizada nas transformações econômicas e políticas dos países capitalistas ocidentais, a partir da década de 1970. Nesse contexto, a problemática da intervenção estatal e da abrangência da proteção social abriu caminho para a ascensão do neoliberalismo, ideologia que passou a defender a flexibilização das relações laborais como estratégia para aumentar a competitividade do mercado (Pereira *et al*., 2025). No Brasil, esse processo se intensificou a partir dos anos 1990, gerando uma precariedade estrutural que afeta trabalhadores de diversos setores, inclusive os da saúde. Neste sentido, a lógica neoliberal tem produzido um trabalho mais complexo e intensificado, marcado pela redução do emprego estável e pelo crescimento exponencial de contratos parciais, terceirizados, temporários e informais, além do persistente desemprego estrutural.

A política de saúde brasileira está inserida em um contexto de tensão permanente: de um lado, os princípios do SUS e, de outro, a lógica neoliberal que estrutura parcela considerável do funcionamento estatal. Sob a ótica capitalista, a flexibilização das relações de trabalho surge como um imperativo categórico, acompanhada de mecanismos naturalizados de enfraquecimento institucional do trabalho em saúde, como sua precarização e desregulamentação. Essas ferramentas são produtos da racionalidade capitalista, que favorece o controle sobre o trabalho, centrado em um produtivismo exacerbado e que violenta, sobretudo, as categorias que atuam em contexto de vulnerabilidade. Como apontam Lima e Cockell (2008), essa tensão se expressa na micropolítica do cotidiano, em especial na atuação dos Agentes de Saúde, profissionais que operam na linha de frente e que, frequentemente, sofrem assédio institucional.

A fragilização de dispositivos regulatórios das profissões da Saúde não acontece de maneira arbitrária. Por meio de mecanismos silenciosos, o Estado governa pela omissão, não atuando de forma equânime sobre todas as forças de trabalho. Exemplo disso é o fato de só garantir regulamentação a algumas profissões, principalmente àquelas associadas a saberes

tradicionalmente valorizados – como a medicina –, em detrimento de outras – como a de agentes de saúde, por exemplo.

Esse silêncio administrativo acerca de diretrizes normatizadoras de algumas profissões é uma prática institucional que produz apagamentos. Como afirma Boaventura de Sousa Santos (2002, p. 41), "o que o direito consagra como ausente, inexistente ou irrelevante é mais do que uma omissão: é uma forma de produzir a realidade social como ausência". Assim sendo, a regulamentação das profissões de saúde no Brasil é fundamental à garantia de direitos e ao fortalecimento profissional. Sobre isso, Aith (2023) reitera que a regulamentação das profissões de saúde no Brasil é essencial para garantir tanto a qualidade dos serviços prestados quanto a proteção e o reconhecimento dos profissionais envolvidos.

Há que se entender que tal situação não é desconhecida do poder público, mesmo assim, o modelo brasileiro de regulação do trabalho em Saúde é caracterizado por uma estrutura normativa fragmentada e sobreposta, composta por diferentes tipos de normas jurídicas (leis, decretos, resoluções, portarias, instruções normativas, entre outros tipos), em âmbito nacional, estadual e municipal. Cada instância

federativa tem competência para regular o trabalho em Saúde no que se refere a diversos temas – isso se aplica, por exemplo, ao tipo e ao regime de trabalho a ser exercido, o que ocasiona um emaranhado normativo de difícil compreensão. Soma-se a isso a ausência de uma instância reguladora federal que promova a harmonização das regras nacionalmente, omissão que contribui para conflitos normativos e ineficiência institucional (Aith, 2023).

Por conseguinte, a ausência de especificidade normativa submete determinadas categorias de profissionais da Saúde a situações de vulnerabilidade, de modo a comprometer a estabilidade, a autonomia e os direitos dessas classes. Com efeito, aumenta-se sua precarização e invisibilização, principalmente na Atenção Básica. Em nível local, nos municípios, a falta de clareza quanto às atribuições e direitos de trabalhadores, como os Agentes de Saúde, entre outros profissionais, faz com que sejam submetidos a interpretações subjetivas por parte dos gestores. Isso se vê, por exemplo, na transferência de profissionais entre Unidades de Saúde. Para Barros e Cecílio (2019), em um contexto marcado por normas ambíguas e por disputas políticas locais, as práticas de gestão sobre os agentes de saúde tendem a se configurar como arranjos precários, muitas vezes

baseados em critérios arbitrários e pouco transparentes, com impactos diretos sobre a estabilidade e o exercício cotidiano desses trabalhadores, além de interferir no tratamento das pessoas da comunidade por eles atendidas e ou acompanhadas.

Consequentemente, sem a definição de critérios claros que regulam as atribuições e os critérios para transferência entre Unidades, entre outros direitos, esses profissionais ficam submetidos à ação discricionária das gestões locais, o que pode culminar em perseguição administrativa, seja por motivação subjetiva ou política, além de dificultar a reivindicação de seus direitos. Neste sentido, Junqueira *et al*. (2011) analisam a implementação dos compromissos do Pacto de Gestão em municípios paulistas e evidenciam que a ausência de diretrizes nacionais claras para a gestão da força de trabalho na Atenção Básica leva os municípios a adotarem soluções locais desarticuladas, muitas vezes sem mecanismos institucionais para garantir os direitos dos trabalhadores.

Essa lacuna normativa é ainda pior em locais onde se adotam modelos de gestão contratualizada, cujos vínculos laborais são frágeis e a rotatividade dos trabalhadores ocorre sem padronização de critérios. Como destacam Fogaça *et al*. (2024), a gestão por

contratos de metas e resultados introduz elementos de instabilidade na força de trabalho e torna os vínculos laborais frágeis, além da gestão do pessoal suscetível a interferências locais sem padronização de critérios. Essa fragilidade se traduz também na vulnerabilidade frente a decisões gestoras. Como explicam Barros e Cecílio (2019, p. 17), "os ACS realizam atividades e ocupam o lugar que o restante da equipe não quer, recaindo para eles o ônus de ter que fazer o que os outros membros da equipe se negam".

Além do mais, nesse cenário de diretrizes jurídicas sobrepostas, torna-se difícil tarefa se definir claramente quais são as atribuições legais e práticas desses trabalhadores, especialmente após a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (Brasil, 2017), que instituiu novas competências à categoria dos ACSs. Essas funções podem ser mais discrepantes se comparadas às atividades desempenhadas por agentes de sedes municipais e por agentes de zonas rurais. Conforme Lima *et al*. (2021), entre as práticas dos agentes de áreas rurais, estavam o atendimento de urgências, apoio no transporte de enfermos, entre outros. É evidente que as múltiplas atividades desempenhadas por eles ocorrem devido à ausência de funções uniformizadas nacionalmente. Somadas a isso, as atribuições previstas

pela PNAB de 2017 agravaram as condições de trabalho, já prejudicadas pela redução de profissionais nas equipes. Como resultado, obtiveram-se acúmulos de funções e remuneração desproporcional, conforme apontado por Dias *et al*. (2025).

Desde as normativas difusas até as múltiplas funções desempenhadas pelos Agentes de Saúde, percebe-se a ação de dispositivos neoliberais de gestão aplicados à Saúde. Ao operar sob essa dinâmica, o Estado evidencia sua responsabilidade na desumanização e naturalização de iniquidades. Quando um governo se omite da regulamentação clara de dispositivos protetivos aos profissionais da Saúde, opta por submetê-los à lógica da produtividade e a vínculos laborais fragilizados, caracterizando-os como engrenagens operacionais do sistema, e não como trabalhadores com saberes, dignos de direitos e com vínculos legítimos com o território.

> Por tal lógica, o ACS vai paulatinamente transformando-se em um coletor e registrador de dados, cumpridor de tarefas e roteiros preestabelecidos, de modo que seu potencial de educador popular vai sendo suprimido ou despotencializado diante de um produtivismo cobrado, em cascata, pelos vários níveis de gestão do SUS: do município ao Ministério da Saúde (Barros; Cecílio, 2019, p. 16).

Neste sentido, a desregulamentação não é apenas técnica mas também simbólica. Ao manter profissionais da Saúde, como os Agentes de Saúde, em um território de diretrizes jurídicas infindas, o Estado contribui para mantê-los fora das lutas por reconhecimento, valorização e pertencimento nas instâncias de decisão e planejamento e colabora para sua invisibilidade institucional. Essa invisibilidade é essencial para a manutenção das hierarquias entre profissões da Saúde bem como para naturalizar a ideia de subalternidade dos ACSs e ACEs quando comparados a profissionais de nível superior da Saúde – um entrave à promoção da equidade no SUS.

Além disso, a racionalidade neoliberal que opera na Saúde, a partir da ideia de otimização e eficiência, sustenta a naturalização de situações discricionárias. Esse processo está intimamente relacionado ao conceito de "violência simbólica", desenvolvido por Pierre Bourdieu (1989). A inexistência, por exemplo, de procedimentos formais, regulamentados e descritos em legislação específica, para realocação de profissionais, torna-se rotina, ação hegemônica da máquina pública; com o tempo, a desigualdade se cristaliza no imaginário social como norma. Em contrapartida, esse processo impacta a subjetividade dos indivíduos, que podem

se tornar vulneráveis, ao internalizarem sentimentos de culpa por não darem conta da sobrecarga ou por resistirem a funções que não lhes cabem formalmente.

Alguns profissionais da Saúde, particularmente os Agentes de Saúde, vivem, portanto, sob uma condição polarizada: profissionais da linha de frente do SUS, porém afastados das instâncias de controle e tomada de decisão. Essa polaridade revela a manutenção de estratégias institucionais de exclusão, que tanto exibem quanto ocultam corpos e funções, conforme conveniências políticas e sociais. A ação do Estado parece operar sobre esses profissionais, conforme fala Ribeiro (2024), a partir de uma dupla lógica – os sujeitos **à** margem e **da** margem dos aparelhos hegemônicos de produção: a invisibilidade e a (ultra)visibilidade. Por um lado, a invisibilidade institucional, enquanto sujeitos privados de direitos, reconhecimento e poder decisório. E, por outro, a (ultra)visibilidade, enquanto "braço operacional" da engrenagem neocapitalista estatal, este explorado sob o viés da flexibilização da produção e vulnerável à discricionariedade da gestão local.

4 AS BARREIRAS DO ESTADO CAPITALISTA PARA A CONSTRUÇÃO DE UM BEM-ESTAR SOCIAL

Segundo Bochetti (2006), as políticas públicas surgiram nos Estados Unidos e na Europa, no segundo pós-guerra, quando pesquisadores iniciaram as buscas para compreender melhor a relação entre os governos e os cidadãos. Começavam a ser estudadas as políticas de bens comuns, trazendo discussões sobre a sociedade, o papel do Estado e os direitos e responsabilidades dos cidadãos. Mesmo sendo um importante momento para se entender a máquina estatal, ele ainda era apenas descritivo, sem muito aprofundamento crítico. Ao identificarem essa lacuna, os pesquisadores começaram a trazer à tona novas questões, como justiça, equidade e o desenvolvimento social, econômico e político.

As políticas públicas são associadas, no primeiro instante, com a máquina estatal, como se o público significasse apenas o Estado. Ora, vale considerar que o público está mais relacionado com a sociedade e suas necessidades (sobrevivência e segurança, como as essenciais), sendo vinculado a diferentes fatores, estatais e não estatais, que devem trazer à tona

outras particularidades (ou exigências) sociais que são abrangentes e determinadas por diversos fatores além dos biológicos, como a racionalidade, a cultura, a construção sócio-histórica e a própria humanidade (Pereira *et al.*, 2025).

Com base em ponderações dessa ordem, o Estado de Bem-Estar Social começou a fazer parte dos países do capitalismo industrial (Pronni,1997), visando designar o Estado como responsável por promover a proteção social, reduzir as desigualdades e assegurar direitos universais. Desse modo, as questões começam a deixar de ser o que os governos poderiam fazer, para o que eles realmente faziam (ou deveriam fazer).

A década de 80, no Brasil, foi impulsionada por esse modelo, a partir de disputas protagonizadas pelos movimentos sociais, sindicais e populares, que lutavam pelo fim da ditadura militar, pela democracia e por direitos fundamentais como saúde, educação, previdência e assistência social. Isso resultou na Constituição de 1988, conhecida como constituição "cidadã", que assegurou esses direitos e estruturou políticas públicas universais como o Sistema Único de Saúde (SUS).

O projeto Estado de Bem-Estar Social, no entanto, foi colocado em disputa com a ascensão do projeto neoliberal, que propõe o Estado mínimo, sendo regulador

somente do mercado, da manutenção da ordem e da proteção da propriedade privada. Essa ascensão teve início em 1970, a partir da crise econômica mundial, e chegou com força no Brasil nos anos 90.

A hegemonia das políticas neoliberais colabora para o desmonte do projeto Estado de Bem-Estar Social e enfraquece a capacidade de o Estado garantir direitos sociais plenos, pautados na universalização e equidade. Tais políticas se voltam para atender aos interesses do mercado, com redução dos gastos sociais, privatização de serviços, descentralização das responsabilidades, priorizando modelos focalizados.

5 AS ESTRATÉGIAS CONTRA-HEGEMÔNICAS: O *Fale com Agente* COMO UMA ESTRATÉGIA QUE BUSCA ENFRENTAR AS INIQUIDADES

No contexto do capitalismo neoliberal, que discutimos neste capítulo, observa-se que a precarização do trabalho em Saúde e a invisibilização de categorias como a dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e

dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs) não são acidentais, mas sim produtos de uma lógica estrutural que prioriza o capital em detrimento da vida e dos direitos. Nesse cenário, surge o projeto Fale com Agente como uma estratégia contra-hegemônica que visa dar voz e visibilidade a estas categorias profissionais.

Como uma das ações nessa perspectiva, foi criado um *podcast*, produto da articulação entre o Observatório de Recursos Humanos da UFRN e o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES), com o apoio da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (ESPRN). Trata-se de um recurso que não se limita à comunicação. Todo o seu arcabouço técnico e teórico representa um movimento de resistência e afirmação desses trabalhadores enquanto sujeitos políticos, portadores de saberes e de práticas essenciais para a efetivação do SUS e úteis aos enfrentamentos das iniquidades em Saúde.

Segundo Barros e Cecílio (2019), os Agentes de Saúde ocupam um lugar subalternizado na equipe de Saúde, sendo frequentemente desvalorizados ou deslegitimados, situação geradora de tensões e sentimento de exclusão. O *podcast* Fale com Agente rompe com a lógica de invisibilidade imposta

historicamente a esses profissionais, oferecendo voz, espaço e protagonismo na produção de narrativas sobre seu próprio trabalho e território; além disso, o projeto traz um espaço interdisciplinar, com reflexões, entre várias categorias profissionais da Saúde, sobre equidade.

Diante de um Estado capitalista que atua ora como mantenedor da ordem de exploração, ora como omisso nas garantias de direitos, falar sobre uma pauta como a equidade, junto a esses profissionais, se torna uma estratégia de subversão à lógica dominante. São espaços de construção de uma "ecologia de saberes", no sentido proposto por Santos (2002), que valorizam os conhecimentos produzidos nas práticas populares e nas vivências dos trabalhadores da Saúde – nesse espaço os ACSs e ACEs são protagonistas.

O Fale com Agente também atua diretamente no enfrentamento da violência simbólica (Bourdieu, 1999), ao combater a naturalização da subalternidade dos Agentes de Saúde. Ao trazer à luz suas experiências, desafios e conquistas, o *podcast* promove a visibilização dessas subjetividades, ampliando sua capacidade de reivindicação por direitos e reconhecimento.

Dessa forma, essa estratégia opera no campo da micropolítica da Saúde, tensionando as estruturas locais e nacionais. Ademais, contribui para o fortalecimento da

identidade profissional dos ACSs e ACEs, potencializando sua atuação não apenas como executores de tarefas mas ainda como agentes de transformação social nos territórios.

Em seu escopo, esse instrumento técnico-metodológico coloca a equidade como centro das discussões, levantando pautas como gênero, sexualidade, raça/etnia, etarismo, capacitismos, entre outros, que podem estar presentes tanto nas relações entre os trabalhadores como entre os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um aliado contra as iniquidades formadas pela construção social capitalista.

O *Fale com Agente* se configura, portanto, como uma ação concreta de resistência contra os efeitos do neoliberalismo no SUS, reafirmando o compromisso com um projeto de Saúde pautado na equidade, no direito e na participação social. Um projeto dentro de instituições estatais, o qual se coloca como contra-hegemônico e que reafirma a luta pela democratização da comunicação, da informação e da própria política de Saúde, alinhada aos princípios do SUS e às demandas dos trabalhadores e das comunidades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo das reflexões trazidas neste capítulo, tentamos deixar claro que as iniquidades no trabalho em saúde não são meramente acidentes de percurso, mas elementos estruturantes de um modelo econômico e social centrado na acumulação de capital e na manutenção das desigualdades. O Estado capitalista, em sua configuração neoliberal, não se limita à omissão diante dessas desigualdades, mas frequentemente atua como agente ativo na sua reprodução, seja pela ausência de regulamentação, seja pela implementação de modelos de gestão que precarizam vínculos e desumanizam trabalhadores.

Dentro desse contexto, os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias tornam-se paradigmas dessa contradição. São profissionais indispensáveis à efetivação dos princípios do SUS, mas que, injustamente, vivem sob condições de trabalho que refletem a lógica de exploração e de invisibilidade imposta pelos modelos neoliberais de gestão pública. A desregulamentação, a violência simbólica e a naturalização da precarização são expressões de um Estado que prioriza o mercado, muitas vezes em

detrimento dos próprios direitos constitucionais dos cidadãos e dos trabalhadores.

É nesse cenário que estratégias contra-hegemônicas, como o Fale com Agente, ganham centralidade. Ao oferecer um espaço de escuta, compartilhamento de experiências e valorização dos saberes dos Agentes de Saúde, o *podcast* não apenas rompe com a invisibilidade institucional mas também fortalece as lutas por reconhecimento, dignidade e direitos. Essa iniciativa evidencia que os próprios trabalhadores podem e devem ocupar os espaços de produção de conhecimento e de disputa de narrativas, tornando-se protagonistas de suas histórias e de seus territórios.

Por fim, a existência de iniciativas como o Fale com Agente reafirma que a luta contra as iniquidades no trabalho em Saúde passa, necessariamente, pela valorização das vozes historicamente silenciadas, pela construção de espaços de diálogo e pela mobilização social. São essas práticas que tensionam as estruturas hegemônicas, fortalecem a construção coletiva e alimentam a esperança de um SUS que, de fato, se consolide como um instrumento de justiça social e promoção da equidade.

REFERÊNCIAS

AITH, F. M. A. A regulação do trabalho em saúde em tempos complexos e instáveis. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, supl. 2, e230093pt, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230093pt. Acesso em: 21 abr. 2025.

BARROS, L. S. de; CECÍLIO, L. C. de O. Entre a "grande política" e os autogovernos dos Agentes Comunitários de Saúde: desafios da micropolítica da atenção básica. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 10 – 21, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S601. Acesso em: 21 abr. 2025.

BOSCHETTI, I. **Política social:** fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.
BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

DIAS, J. R.; ACIOLI, S.; CORRÊA, V. A. F.; SOUZA, I. L.; RAFAEL, R. M. R.; RODRIGUES, P. H. A.; BOHUSCH, G. Política Nacional de Atenção Básica (2017) e as atribuições dos agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, p. e20240230, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0230. Acesso em: 21 abr. 2025

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução de Leandro Konder. Rio de Janeiro: Editorial Vitória, 1964. p. 135.

FOGAÇA, L. Z.; SCHVEITZER, M. C.; SALA, A.; CARNEIRO JÚNIOR, N. Atenção Básica em Saúde em tempos de gestão contratualizada: desafios para sua sustentabilidade no Sistema **Único de Saúde brasileiro**. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, p. e34055, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434055pt. Acesso em: 21 abr. 2025.

JUNQUEIRA, V.; CORTIZO, C.T.; PASSAGEM VIEIRA, N.; SANTOS, A. P. L. dos.; SOUZA DOS SANTOS, F.; LACAZ, F. A. de C. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 675–693, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200018. Acesso em: 21 abr. 2025

LIMA, J. C.; COCKELL, F. F. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, p. 481–502, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300005. Acesso em: 21 abr. 2025

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; RODRIGUES FAUSTO, M. C.; DE ALMEIDA, P. F. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00247820, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00247820. Acesso em: 21 abr. 2025

MENCHISE, R. M.; FERREIRA, D. M.; ÁLVAREZ, A. L. F. Neoliberalismo, políticas públicas e desigualdade: uma análise principalmente do Brasil. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 16, n. 1, p. 1–21, jan. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.4322/dilemas.v16n1.49274. Acesso em: 21 abr. 2025

ORRILLO, Y. A. D.; FIGUEIREDO, G. de O. Neoliberalismo e gerencialismo: impactos no trabalho, formação e subjetividade de agentes comunitários de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 22, p. e02802257, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2802. Acesso em: 18 mar. 2026

PEREIRA, P. A. P. **Política social no capitalismo:** tendências e perspectivas. Brasília: NEPPOS/CEAM/UnB, 1994.

PEREIRA, T. M.; OLIVEIRA, R. S.; MORAIS, H. M. M.; CUNHA, E. M. Expressões da precarização do trabalho: o caso da enfermagem em um hospital público de Pernambuco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 145, e9816, abr./jun. 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-289820251459816P Acesso em: 19 jun. 2025.

PINTO, E. C.; BALANCO, P. Estado, bloco no poder e acumulação capitalista: uma abordagem teórica. **Revista de Economia Política**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 39–60, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-31572014000100003. Acesso em: 11 fev. 2026.

PRONI, M. W. História do capitalismo: uma visão panorâmica. Campinas: Instituto de Economia da UNICAMP, Centro de Estudos

Sindicais e de Economia do Trabalho (CESIT), 1997. **Cadernos do CESIT**, n. 25.

RIBEIRO, L. L. **Sobre o romance social:** ideologia e significação em Capitães da Areia. Curitiba: Artêra, 2024.

SANTOS, B. de S. **Crítica da razão indolente:** contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2002.

Capítulo 3

A ARTE DE FAZER SAÚDE NO TERRITÓRIO: O ENTRELAÇAMENTO ENTRE VIDA E CUIDADO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

Fernando Alencar Silva Santos
Jadson Gomes da Silva
Rudnilson Candido da Silva
Simone Cavalcante de Araújo
Valdelice Araújo Damasceno
Bruno da Silva Santos
Ana Kalliny de Sousa Severo

1 INTRODUÇÃO

No contexto brasileiro, os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) foram sendo reconhecidos como

atores fundamentais para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Eles protagonizam a construção da Atenção à Saúde mais próxima da comunidade, reconhecendo as necessidades em saúde loco-regionais, produzindo um cuidado sensível culturalmente.

Sobre sua importância, Mello, Santos e Albuquerque (2025) apontam que a Assembleia Mundial da Saúde, no ano de 2016, a partir de documentos elaborados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sinaliza desafios na gestão dos recursos humanos para o ano de 2030, para os quais a referida Assembleia faz algumas recomendações. Dentre estas, a de que os países adotem, em suas equipes, uma combinação de profissionais de níveis de formação diversos, apostando no potencial de produzir trabalhadores de Saúde, de nível médio e comunitários. Esse critério ajudaria a valorizar os ACSs, uma vez que estes são encontrados em países de baixa e de alta renda, com perfis de atuação diversos.

A presença dos ACSs foi se expandindo paulatinamente na Atenção Primária à Saúde no contexto brasileiro. De acordo com dados do Ministério da Saúde, tínhamos, em 2023, 278 mil ACSs cadastrados em Equipes de Saúde da Família, sendo a maioria mulheres (Brasil, 2023; Mello; Santos; Albuquerque, 2025).

Considerando a dimensão relacional e o fazer do trabalho em saúde, que envolve relações humanas, afetos, vínculos e contextos sociais, acreditamos que há uma diversidade de modos de produzir o cuidado e o trabalho dos Agentes Comunitários.

Neste capítulo, objetivamos refletir sobre modos potentes de desenvolver esse trabalho, a partir da trajetória de Rudnilson Cândido, Agente Comunitário de Saúde, com mais de 30 anos de atuação no bairro de Felipe Camarão na cidade de Natal/RN no Nordeste brasileiro, entrevistado para o episódio 03 do *podcast* Fale com Agente.

2 A CONSTRUÇÃO DO "SER" AGENTE DE SAÚDE EM MEIO À COMUNIDADE

Trazendo um histórico do surgimento dos Agentes Comunitários de Saúde no contexto brasileiro, observa-se que esta remonta à década de 1970, com experiências pioneiras, como o Projeto de Saúde Comunitária em Planaltina-DF (1974-1978), que convidava auxiliares de Saúde para realizarem ações educativas e de prevenção de doenças, como a esquistossomose, por exemplo.

Nesse contexto, na década de 1980, o Estado do Ceará adotou e consolidou o modelo com um programa emergencial durante a seca de 1987, empregando mulheres com forte vínculo comunitário. Finalmente, em 1991, o Ministério da Saúde lançou, oficialmente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), baseado nas experiências bem-sucedidas do Ceará, com apoio da Fundação Kellogg, da UNICEF e de universidades (Lavor, 2004).

A criação do PACS, de acordo com Lavor (2004), buscava trazer melhor qualidade de vida para a sociedade, por meio da educação em saúde, buscando, inicialmente, mitigar as problemáticas relacionadas à saúde materno-infantil. Vale salientar que o PACS evoluiu e, em 1994, integrou-se ao Programa Saúde da Família (PSF), que, mais tarde, se consolidou como Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliando o papel dos ACSs na Atenção Primária à Saúde e aproximando os serviços de Saúde da população (Ministério da Saúde, 2024).

Paralelamente a esses Programas e ações, promulgou-se a Lei nº 10.507/2002, o primeiro marco legal nacional a reconhecer oficialmente a profissão de Agente Comunitário de Saúde. Posteriormente, a Emenda Constitucional nº 51/2006 estabeleceu a base constitucional do vínculo empregatício dos ACSs com o

poder público, e a Lei nº 11.350/2006 regulamentou suas atividades, atribuições e critérios de contratação. Desse modo, o ACS, hoje, é um ator legalmente reconhecido e de importância central na promoção da saúde, na vigilância em saúde e no fortalecimento do SUS. Sua atuação se faz como elo entre o Sistema de Saúde e as comunidades, sendo respeitado como profissional essencial para a efetivação das políticas públicas de saúde.

Nosso entrevistado relata que iniciou suas atividades como ACS na década de 1990: "Eu entrei pra ser agente de saúde por acaso... eu não sabia nem o que era ser agente"[1] (*Podcast* Fale com Agente, 2024).

Nascido na comunidade onde atua, Rudnilson evidencia, de maneira inspiradora, seu profundo envolvimento com sua comunidade. Nosso entrevistado relata: "Eu não fui nem pra maternidade... nasci em casa, pelas mãos de uma parteira local. Tudo da minha vida aconteceu em Felipe Camarão" (*Podcast* Fale com Agente, 2024).

1 As falas foram transcritas *ipsis litteris*, a fim de se manter a fidedignidade do discurso do entrevistado.

Aos poucos, ele vai explicando como tece sua vida e o perfil profissional na intensa relação com seu território.

O ACS desempenha um papel estratégico e imprescindível na consolidação do SUS, sobretudo no que se refere à mediação cultural e à construção do cuidado. Sua atuação, caracterizada pela inserção direta no território e pela proximidade cotidiana com as famílias, permite-lhe captar, de forma sensível, as singularidades culturais, sociais e econômicas que atravessam a vida das comunidades.

Essa posição privilegiada transforma o ACS em um sujeito mediador, responsável por traduzir as diretrizes das Políticas Públicas de Saúde em práticas compatíveis com os modos de vida e os saberes populares locais. Podemos perceber isso na experiência do entrevistado: "A gente adentra casas e vidas... a gente vive junto o cuidado – inclusive na morte, que é quase um tabu" (*Podcast* Fale com Agente, 2024).

A valorização do conhecimento tradicional e das práticas culturais, presentes nas comunidades, pelos ACS, é um aspecto central para a eficácia das ações de saúde. Ao reconhecer a legitimidade dos saberes populares e estabelecer um diálogo horizontal com a comunidade, os

agentes constroem pontes entre os saberes científicos e as práticas tradicionais, potencializando a adesão às orientações em saúde e fortalecendo o vínculo entre o SUS e a população. Essa capacidade de mediação cultural contribui para transformar o cuidado em saúde em um processo mais integral, humanizado e resolutivo, que respeita as especificidades territoriais e culturais, promovendo, assim, a efetividade das ações sanitárias.

Neste sentido, o conhecimento profundo que o ACS possui acerca das dinâmicas sociais, das tradições e das necessidades concretas da comunidade otimiza, sobremaneira, a atuação do próprio SUS. Ele atua como catalisador na implementação das políticas públicas, facilitando o acesso aos serviços e contribuindo para a superação de barreiras culturais, sociais e simbólicas que, historicamente, dificultam a relação entre o Estado e os grupos mais vulnerabilizados. O ACS não é apenas um executor de políticas – é um agente transformador, cuja atuação qualifica e humaniza a prática em saúde, sendo essencial para o fortalecimento de um SUS comprometido com a equidade, a integralidade e a participação social.

Além da valorização da cultura, a atuação educativa dos ACSs também se expressa em projetos que promovem a conscientização ambiental e a

cidadania. Como relata outro Agente[2]: “A gente é educador em Saúde. Criamos o projeto 4Rs: Reduzir, Reciclar, Reutilizar e Repensar” (*Podcast* Fale com Agente, 2024). Essa iniciativa demonstra como os ACSs ampliam seu campo de ação para além das orientações clínicas, atuando como mobilizadores sociais em torno de pautas que impactam diretamente a saúde coletiva e a qualidade de vida. Ao fomentar práticas sustentáveis e reflexivas no cotidiano da comunidade, os Agentes fortalecem o sentimento de corresponsabilidade e participação social, pilares essenciais para a efetividade das políticas públicas de saúde.

Dessa maneira, as experiências narradas no *podcast* ilustram, de forma exemplar, como a proximidade dos ACSs com a comunidade permite que o SUS se adapte e se torne mais responsivo às necessidades locais. A promoção de ações que integram cultura, educação e saúde revela a potência desse trabalho na construção de um sistema público mais humanizado e inclusivo, capaz de reconhecer e potencializar as riquezas culturais dos territórios onde atuam esses profissionais da Saúde. Assim, reforça-se

2 Durante a entrevista com Rudnilson, tivemos a oportunidade de falar com outro Agente Comunitário, cuja contribuição enriqueceu nosso material de estudo.

a importância do ACS não apenas como executor de ações mas também como protagonista na mediação entre o saber técnico e o saber popular, fortalecendo os laços sociais e promovendo o cuidado em sua dimensão mais ampla.

A atuação do ACS extrapola o campo restrito da promoção de práticas biomédicas, configurando-se como um importante promotor de cultura e agente de transformação social no território em que está inserido. Neste sentido, uma das potencialidades inerentes ao trabalho do ACS está na possibilidade de superação da dicotomia existente entre os saberes técnicos e os saberes da população, em direção à construção de discursos que promovam compreensões e vivências ampliadas do conceito de saúde (Pinto; Silva; Soriano, 2012). A trajetória de Rudnilson Cândido exemplifica, de forma paradigmática, essa dimensão ampliada e cultural da prática em saúde.

Para Rudnilson, "ser agente de saúde é vida, é tudo". Com tal declaração, ele percebe sua atuação como a possibilidade concreta de "mudar, de transformar o lugar que eu moro, o lugar que eu convivo" (*Podcast* Fale com Agente, 2024). Essa compreensão evidencia a função do ACS não apenas como executor de políticas sanitárias mas, além disso, como sujeito ativo na

produção e promoção da cultura local, numa perspectiva de saúde enquanto prática social e política. O próprio agente se define como "um vivente", categoria que, segundo ele, expressa aquele que "participa ativamente da relação da vida, do espaço social, da comunidade, do que acontece, das mudanças, das lutas, das grandes festas que nós temos no bairro" (*Podcast* Fale com Agente, 2024). Essa autoidentificação reflete a profunda integração entre o ACS e o território, sendo um elemento constitutivo de sua atuação como promotor cultural.

Nesse raciocínio, vê-se que a atuação cultural do ACS se manifesta por meio de práticas que reconhecem a centralidade dos valores, das memórias e das tradições das famílias que compõem a comunidade. Como aponta Rudnilson: "as pessoas não vão para o bairro sem nenhum valor cultural, elas já têm uma história cultural dentro delas, dentro da família" (*Podcast* Fale com Agente, 2024). Tal percepção é fundamental para se compreender o papel do ACS como articulador entre práticas de saúde e expressões culturais, reconhecendo-se que o cuidado em saúde não se dá de forma descolada dos referenciais simbólicos e afetivos que estruturam a vida comunitária.

Em sua narrativa, Rudnilson nos dá a conhecer a experiência do "Pastoril do Peixe-boi Encantado", evento

que ilustra, de maneira evidente, essa intersecção entre cultura e saúde. Segundo Rudnilson, "nós usamos essa fortaleza de Felipe Camarão. Lá, é muito forte o Pastoril, que é um folguedo popular, e a gente formou um grupo chamado Pastoril do Peixe-boi Encantado" (*Podcast* Fale com Agente, 2024). A escolha do nome homenageia a memória do bairro, anteriormente denominado Peixe-boi, e expressa o orgulho e a valorização das raízes culturais da comunidade. Rudnilson destaca ainda: "[...] nós, moradores de Felipe Camarão, entendemos que Felipe Camarão é um bairro encantado, culturalmente falando" (*Podcast* Fale com Agente, 2024). A promoção de atividades como essa, que mobiliza moradores e profissionais de Saúde em práticas culturais coletivas, amplia o sentido das ações em Saúde, que deixam de ser apenas instrumentais e passam a constituir espaços de afirmação identitária e de fortalecimento do tecido social.

Além das ações culturais, na experiência de Rudnilson, pode-se entender que o ACS é um articulador de grupos e projetos terapêuticos que operam pela lógica da educação em saúde e da promoção do bem-estar. Não podemos deixar de também citar outras iniciativas – nas quais nosso entrevistado teve (e tem) papel fundamental –, como a criação do grupo "Roda

Viva", voltado ao acompanhamento de pessoas em uso de psicotrópicos, e do "Caminhos da Vida", grupo de caminhadas em espaço público. Essas ações exemplificam a capacidade do ACS de mobilizar práticas comunitárias que promovem saúde e fortalecem vínculos sociais. Conforme descreve Rudnilson: "[...] o Caminhos da Vida acontecia numa quadra do bairro... A gente ia logo cedo, 6 horas da manhã, fazer essa caminhada com o pessoal" (*Podcast* Fale com Agente, 2024). A apropriação dos espaços públicos e a coletivização de práticas saudáveis evidenciam a centralidade do ACS na articulação entre saúde, cultura e território.

Fechamos a entrevista com o relato de Rudnilson Cândido, sobre a realização anual do "Auto de Felipe Camarão", descrito como "um Auto feito com o povo, para o povo e pelo povo" (*Podcast* Fale com Agente, 2024). Esse auto é expressão máxima da articulação entre cultura popular, participação comunitária e promoção de saúde. De acordo com este ACS de Felipe Camarão, "todos os atores, as atrizes, toda a produção de figurino é feita com os pacientes dos grupos operativos" (*Podcast* Fale com Agente, 2024), o que revela o caráter inclusivo e terapêutico da prática cultural fomentada pelo entrevistado. A cultura, nesse contexto, atua como recurso de cuidado e de fortalecimento comunitário,

potencializando processos de subjetivação e de pertencimento.

Essa atuação do ACS como articulador de práticas culturais e educativas é fundamental para potencializar processos de promoção da saúde, especialmente quando orientada pela perspectiva da Educação Popular em Saúde. Sob essa perspectiva, diversos estudos destacam que o trabalho dos ACSs, ao situar-se entre os saberes técnico-científicos e os saberes populares, amplia significativamente as possibilidades de intervenção, qualificando o cuidado e promovendo maior participação social nas ações em saúde (Maciazeki-Gomes *et al*., 2016).

A trajetória de Rudnilson Cândido confirma, portanto, a importância do ACS como agente promotor de cultura e articulador de ações educativas e sociais no território. Sua prática reforça a ideia de que esses Agentes, ao mediarem saberes técnico-científicos e populares, promovem práticas emancipatórias em saúde e contribuem para a construção de comunidades mais coesas, saudáveis e culturalmente fortalecidas.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje nós temos a confiança,
o apoio e o reconhecimento
da comunidade.
Somos profissionais de saúde.

(Rudnilson Cândido)

No contexto brasileiro, a atuação dos ACSs é primordial para a consolidação da Atenção à Saúde como cuidado o mais próximo possível da comunidade. A partir da experiência analisada, podemos perceber como a atuação do ACS transcende o modelo biomédico e passa a incorporar práticas culturais e sociais como elementos fundamentais para o bem-estar coletivo.

O entrelaçamento da história de vida do ACS com a história e a memória da comunidade foi identificado como potente constructo de práticas transformadoras. Com essa análise, foi possível verificar quão importante é conhecer as forças da comunidade, a mobilização das grupalidades, por meio de práticas culturais e educativas, para suscitar o protagonismo das pessoas nas práticas de cuidado e promoção da saúde.

O ACS se mostrou um importante mediador entre os saberes da população e da saúde, não apenas por

valorizar as tradições locais mas também por promover espaços de encontro e socialização que fortalecem os vínculos comunitários, indo de encontro à lógica medicalizante que por vezes impera nos serviços de saúde. Essa atuação robustece a presença do SUS como parte integrante da vida cotidiana.

Exemplos concretos de vigorosas atuações dos Agentes Comunitários de Saúde, que evidenciam sua pujante capacidade de articular cultura, pertencimento e cuidado, podem ser encontrados em iniciativas como as relatadas no *podcast* Fale com Agente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS celebra 30 anos da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF,v10 abr. 2024. Disponível em:https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/noticias/2024/abril/sus-celebra-30-anos-da-estrategia-saude-da-familia. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Saúde com Agente – Linha do tempo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em:https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mais-saude-com-agente/linha-do-tempo.. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde credencia 34 mil Agentes Comunitários em 2023, maior expansão em 10 anos**. Brasília, DF, 22b dez. b2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt br/assuntos/noticias/2023/dezembro/ministerio-da-saude- credencia-34-mil-agentes-comunitarios-em-2023-maior-expansao-em-dez-anos. Acesso em: 17 jun. 2025.

LAVOR, A. C. H. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I.C. Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **Sanare – Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 5, n. 1, 2013. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/130/122. Acesso em: 17 jun. 2025.

MACIAZEKI-GOMES, R. de C.; SOUZA, C. D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.17112015. Acesso em: 10 mai. 2025.

MÉLLO, L. M. B. de D.; SANTOS, R. C. dos.; ALBUQUERQUE, P. C. de. Agentes comunitárias de saúde: o que dizem os estudos internacionais**? Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 501-520, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.12222022. Acesso em: 17 jun. 2025.

PINTO, R. M.; SILVA, S. B.; SORIANO, R. Community health workers in Brazil's Unified Health System: A framework of their praxis and contributions to patient health behaviors. **Social Science & Medicine**, v. 74, n. 6, p. 940-947, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.025. Acesso em: 18 mar. 2026.

PODCAST FALE COM AGENTE. Ep 03: Relatos sobre a história e o trabalho do ACS no município de Natal. [Locução de]: Alisson Pereira de Paiva; Valdelice Araújo. Entrevistado Rudnilson **Cândido.** [S. l.]: YouTube, 17 abr. 2024. 1 vídeo (45 min). **Podcast.** Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=WHeA-QwmQ8c&list=PL0A1_qyFHVwzorHxnuSC1EIQs5G5RhjGT&index=36. Acesso em: 17 jun. 2025.

Capítulo 4

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE

Cláudia Frederico de Melo
Maria Clara Santana Maroja
José Jailson de Almeida Júnior

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo tem o objetivo de contribuir para as reflexões acerca da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de promoção da equidade no trabalho em saúde. Para alcançar esse objetivo, os autores do texto ancoraram-se em algumas referências e documentos institucionais sobre a EPS, assim como na sistematização das discussões propiciadas pelos episódios 12 e 13 do *podcast* Fale com Agente.

O 12º episódio, intitulado "Contribuições da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (ESPRN) na qualificação dos trabalhadores da saúde", conta com a participação de Cláudia Frederico de Melo, Diretora-Geral da ESPRN, e discute sobre o papel dessa Escola na qualificação da força de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS) potiguar.

Já o 13º episódio, intitulado "Educação Permanente em Saúde: desafios, política e equidade", discute os conceitos fundamentais da EPS, a partir do diálogo com José Jailson de Almeida Júnior, professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE E A PROMOÇÃO DA EQUIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE

> *EPS é um conceito que considera a aprendizagem para a vida. Na saúde, vai envolver a aprendizagem a partir da realidade do território; ou seja, a realidade no cotidiano do trabalho dos profissionais da saúde. É um processo dinâmico que surge a partir da problematização da realidade e que evidencia as necessidades*

> *e problemas dos trabalhadores*[1] *(José Jailson de Almeida Júnior, Podcast Fale com Agente, 2025a).*

No âmbito do SUS, a EPS é compreendida como um conjunto de iniciativas para alinhar a formação em saúde com as necessidades locais e a realidade do trabalho em saúde. Ademais, com a integração entre atores de instituições de ensino (gestores, docentes e discentes) e atores do SUS (gestores, trabalhadores e usuários), busca-se transformar as práticas de saúde e a gestão do trabalho no Sistema, incentivando a educação no trabalho e para o trabalho (Castro *et al*., 2018; Lima, 2021).

Nessa perspectiva, a EPS também se torna uma estratégia aliada, para a promoção da equidade no SUS. Como afirma Barata (2009):

1 As falas do participante/entrevistado serão sempre transcritas *ipsis litteris*, a fim de manter sua fidedignidade discursiva. E, para diferenciar essas falas das citações diretas, próprias de transcrições teóricas, serão apresentadas em itálico.

> A equidade está fortemente vinculada ao princípio da justiça social, reconhecendo que, em um determinado contexto, algumas desigualdades são injustas e evitáveis. Ademais, compreende-se que as necessidades são diferenciadas entre as classes da população e que é preciso haver ações específicas para superá-las, dando mais a quem tem menos, objetivando a diminuição ou a anulação das desigualdades (Barata, 2009 *apud* Lima *et al*., 2021).

O primeiro acesso das pessoas aos serviços de saúde se dá pelo contato com os trabalhadores, principalmente com aqueles que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). Para atenuar as iniquidades em saúde e garantir, portanto, que o direito à saúde seja efetivado dentro e fora dos espaços institucionais do SUS, é preciso, entre outras coisas, fortalecer a EPS. Faz-se necessário planejar e desenvolver ações de EPS que rompam com o modelo biomédico de atenção à saúde e que reconheçam os determinantes sociais do processo saúde-doença. Tais ações devem ter como público-alvo os profissionais que já atuam no SUS, mas também os seus futuros trabalhadores que estão em processo de formação e utilizam os cenários do SUS como espaços de aprendizagem.

A partir disso, é possível, entre outras coisas, reconhecer as vulnerabilidades que afetam a saúde da população, como a pobreza e a violência, e reinventar o modo de produzir cuidado e trabalho em saúde. Cabe ressaltar que a EPS, a partir dos seus movimentos de constante observação e reflexão sobre as práticas, também é capaz de revelar as desigualdades existentes entre a força de trabalho do SUS, como as desigualdades de classe, raça e gênero.

Em relação às desigualdades marcadas por gênero, percebe-se que, apesar do crescimento de postos de trabalho em saúde ocupados por mulheres (Wermelinger *et al.*, 2010) e da força de trabalho feminina representar cerca de 70% da força de trabalho do SUS (Machado; Ximenes Neto, 2018), as mulheres trabalhadoras da saúde estão em maior situação de vulnerabilidade e de precarização do trabalho frente aos homens trabalhadores do mesmo setor.

Tal situação é reflexo do contexto geral do mercado de trabalho, onde as mulheres ainda recebem remunerações inferiores, mesmo quando desempenham as mesmas funções que os homens, e enfrentam maiores barreiras de acesso ao trabalho formal (Brasil, 2025).

De acordo com o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM) (Brasil, 2025), a sobrecarga de

responsabilidades, frequentemente relacionada ao cuidado do lar e da família, também intensifica essa desigualdade. Embora muitas sustentem seus lares, elas continuam a enfrentar desafios para conquistar espaços no mercado de trabalho, de maneira digna.

Com base nesses contundentes argumentos, há que se priorizarem ações que possam, cada vez mais, revelar as desigualdades existentes no SUS, a fim de se proporem melhorias, a partir da EPS.

Um dos caminhos para sua evolução diz respeito a uma formação que já se inicie nos cursos de graduação e que se amplie, coletivamente, no dia a dia dos profissionais de Saúde, como um processo contínuo e interno, direcionado às ações da Atenção Primária à Saúde. Segundo Leite *et al.* (2020), a EPS torna-se oposta à educação continuada, que é caracterizada por uma formação pontual, a fim de atender a interesses individuais dos trabalhadores, qualificando-os apenas tecnicamente, sem atender, necessariamente, às prioridades de intervenção das instituições de saúde.

A respeito da diferenciação entre a EPS e a educação continuada, o Professor José Jailson afirma que:

> *A EPS faz parte do processo de trabalho, ela é viva. A educação continuada é um processo mais formal, é um processo que tem início, meio e fim. É uma formação pontual. Por exemplo, quando a gente termina um curso, seja ele técnico ou superior, e a gente vai cursar uma capacitação ou uma pós-graduação, ele tem um processo formal de aprendizagem* (Podcast Fale com Agente, 2025a).

Para instituir a EPS no cotidiano dos serviços de Saúde, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004. Em 2007, mais precisamente no dia 20 de agosto, o Ministério da Saúde publicou outra normativa, a Portaria n.º 1.996, com a finalidade de estabelecer diretrizes para implementar a PNEPS nos sistemas estaduais e municipais de saúde (França *et al*., 2017).

Lima (2020) ressalta que a condução da PNEPS deve ser de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entes federados que devem:

> 1) planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de

> gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES); 2) estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde, em seu âmbito de gestão, para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e 3) articular, junto às instituições de ensino técnico e universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária (Lima, 2020, p. 926).

Apesar do reconhecimento da PNEPS como fator importante para tornar diferentes a formação e a prática dos trabalhadores do SUS, percebe-se a existência de algumas dificuldades para capilarizar a EPS no Sistema de Saúde brasileiro. Entre elas, destacam-se a falta de compreensão de trabalhadores e gestores da saúde sobre os princípios pedagógicos da educação permanente bem como a ausência de setores específicos e bem estruturados nas Secretarias de Saúde para o desenvolvimento dessa política de saúde (Cardoso *et al*., 2017).

Não sendo diferentes da realidade nacional, tais entraves para implementar a Política Nacional

de Educação Permanente em Saúde também foram identificados no estado do Rio Grande do Norte (RN). Para superá-los, a gestão da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP) definiu, em 2020, a EPS como um dos pilares da gestão estratégica e participativa na rede estadual de saúde e criou a Rede Potiguar de Educação Permanente em Saúde (RPEPS).

De acordo com a Portaria SEI nº 3.300, de 19 de novembro de 2020, a RPEPS estimula o trabalho colaborativo entre seus membros (SESAP, instituições de ensino, CIES, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Escola de Governo do Rio Grande do Norte para potencializar a EPS, de forma regionalizada e descentralizada, e qualificar a atenção aos usuários do SUS (Rio Grande do Norte, 2020a).

Para implementar a RPEPS, a SESAP também criou a Política Potiguar de Educação Permanente em Saúde (PPEPS), por meio da Portaria SEI n.º 3.630, de 26 de dezembro de 2022. Entre os objetivos gerais da PPEPS, destaca-se a definição de diretrizes para a formação em saúde e a qualificação permanente dos trabalhadores do SUS, a partir de quatro eixos prioritários: integração ensino-serviço, residências em saúde, pesquisa em saúde e formação e qualificação em saúde (Rio Grande do Norte, 2022).

Outra iniciativa adotada pela SESAP para institucionalizar a EPS no SUS do RN foi a criação da ESPRN, em 2020. A ESPRN tem a finalidade de qualificar, por meio da EPS, os trabalhadores dos Serviços Públicos de Saúde, a partir da identificação de problemas existentes nos seus locais de trabalho. Desse modo, busca-se qualificar os trabalhadores, solucionar as demandas dos serviços de saúde, aperfeiçoar os processos de trabalho e melhorar a atenção à saúde (Rio Grande do Norte, 2020b).

Apesar de ser uma Escola de Saúde Pública recente, a ESPRN é fruto da experiência e da atuação do Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza (CEFOPE). Segundo Costa e Castro (2018), o CEFOPE foi fundado em 1984, sendo uma das primeiras Escolas Técnicas do SUS destinadas ao desenvolvimento profissional de trabalhadores de nível médio/técnico do SUS.

Acompanhando a tendência nacional impulsionada pelo Ministério da Saúde para transformar as Escolas Técnicas do SUS em Escolas de Saúde Pública, assim como pela demanda de ofertas educacionais sobre biossegurança e saúde do paciente em virtude do contexto pandêmico de COVID-19 em 2020, a SESAP encontrou um contexto favorável para a transição do

CEFOPE em ESPRN. Sendo assim, a ESPRN continuaria ofertando ações de EPS para os trabalhadores de nível médio/técnico do SUS, mas agora com a possibilidade de também ter, como público-alvo, os trabalhadores de nível superior, desenvolvendo cursos de pós-graduação *Lato Sensu*.

Sobre essa conquista, assim se expressa a diretora Cláudia Frederico de Melo:

> *Nós construímos a PPEPS e precisávamos dar força a ela. Então o primeiro curso que a gente apostou foi a Especialização em Educação Permanente em Saúde, pois havendo mais especialistas na rede, são eles que irão nos ajudar na implementação da PPEPS. Então focamos nos trabalhadores que estão inseridos nos Núcleos de Educação Permanente dos serviços especializados e de referência da SESAP, mas compreendendo também que a EPS não é somente ofertar cursos. Passando-se pelo período de fundação e efetivação da ESPRN, já temos outras ofertas: Curso de Aperfeiçoamento e Especialização em Infectologia e a Especialização em Gestão dos Programas de Residências em Saúde (*Podcast Fale com Agente, 2025a*).*

Apesar dos avanços impulsionados pela SESAP, os desafios em relação à EPS e à implementação da PPEPS ainda persistem. Segundo Cláudia Frederico, Diretora-Geral da ESPRN:

> *É preciso ter uma linha de financiamento contínuo para que a Rede de Atenção seja qualificada e estruturada, mas sem deixar de desenvolver os Programas de Educação Permanente em Saúde. Nós precisamos também contar com o apoio dos gestores municipais de saúde, pois a ESPRN funciona de forma descentralizada e precisamos que os gestores cumpram as pactuações firmadas, sobretudo em relação à liberação dos trabalhadores do SUS para participarem das ações de Educação Permanente em Saúde dentro das suas respectivas cargas horárias de trabalho* (Podcast Fale com Agente, 2025a).

As dificuldades elencadas acima se somam aos desafios encontrados em outras Escolas de Saúde Pública brasileiras. Embora haja o reconhecimento de que as Escolas de Saúde Pública são estratégicas para a PNEPS e para a qualificação permanente dos trabalhadores do SUS, essas instituições enfrentam desafios relacionados à insuficiência de recursos

financeiros e de recursos humanos em suas equipes de trabalho (Pontes; Castro, 2023).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas discussões postas neste capítulo, podemos concluir que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é muito mais do que uma política ou um conjunto de cursos: ela é um processo vivo, que acontece no dia a dia dos serviços e que ajuda a transformar práticas e relações de trabalho. Ao trazer para o centro da formação as necessidades reais dos territórios e das pessoas, a EPS se torna uma ferramenta poderosa para enfrentar desigualdades e promover equidade, seja no cuidado oferecido à população, seja nas condições de trabalho dos profissionais do SUS.

Apesar dos desafios ainda existentes, experiências como a Rede Potiguar de Educação Permanente em Saúde mostram que é possível avançar. O caminho está em fortalecer a integração entre ensino e serviço, estimular reflexões coletivas e garantir que a formação em saúde seja contínua e conectada à realidade. Assim, a EPS se consolida como uma prática capaz de

reinventar o cuidado e tornar o SUS cada vez mais justo e inclusivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério das Mulheres. Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. **Relatório anual socioeconômico da mulher:** RASEAM. Brasília: Observatório Brasil da Igualdade de Gênero/MMULHERES, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/publicacoes/raseam-2025.pdf/view. Acesso em: 17 ago. 2025.

CARDOSO, M. L. M.; COSTA, P. P.; COSTA, D. M. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1489-1500, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016. Acesso em: 17 ago. 2025.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N. Gestão da educação na saúde. *In*: CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; LIBERALINO, F. N. (org.). **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Natal: SEDIS-UFRN, 2018. p.138-187. 2018. Disponível em: https://observatoriorh.ufrn.br/uploads/b06ee7f2dd68434fc922d555127cb4e6.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.

COSTA, T. P. T.; CASTRO, J. L. A educação profissional em saúde no Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde

Dr. Manoel da Costa Souza, de 1997 a 2015. **Revista Brasileira de Educação Profissional e Tecnológica**, Natal, v. 2, n.15, e7374, 2018. Disponível em: https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/article/view/7334. Acesso em: 17 ago. 2025.

FRANÇA, T.; MEDEIROS, K. R.; BELISÁRIO, S. A. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1817-1828, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.30272016. Acesso em: 17 ago. 2025.

LEITE, C. M.; PINTO, I. C. M.; FAGUNDES, T. L. Q. Educação Permanente em Saúde: Reprodução ou Contra-hegemonia? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, suppl. 1, e0025082, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00250. Acesso em: 17 ago. 2020.

LIMA, R. R. T.; COSTA, T. P. T.; SOUZA, D. L. B. Questões étnico-raciais da população negra na formação de profissionais da saúde: reflexões sobre a situação brasileira. *In*: BARBOSA, I. R.; AIQUOC, K. M.; SOUZA, T. A. (org.). **Raça e saúde:** múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil. Natal: EDUFRN, 2021. p. 227-240. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/items/b40ac1eb-90c1-41ec-bad5-8e72cb3fae79. Acesso em: 17 ago. 2025.

LIMA, R. R. T. Especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde: contribuições gaúchas ao Sistema Único de Saúde. *In*: CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A.; DIAS, M. A. (org.). **Qualificação da gestão do trabalho no SUS:** registro de uma experiência. Natal:

Una, 2021. p. 134-158. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/items/08529193-5e87-46c3-920b- 4598f9d0c997. Acesso em: 17 ago. 2025.

LIMA, R. R. T. Formação em gestão do trabalho e da educação na saúde: relatando uma experiência educativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 919-929, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012625. Acesso em: 17 ago. 2025.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1980, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018. Acesso em: 17 ago. 2025.

PODCAST FALE COM AGENTE: Episódio 13: Educação Permanente em Saúde - Desafios, Política e Equidade. [Locução de]: Helton e Rafaella dos Santos. Entrevistado: José Jailson de Almeida Júnior. Natal: Escola de Saúde Pública do RN, 03 abr. 2025a. **Podcast Fale com Agente.** Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=uEPSGZTz-80. Acesso em: 16 ago. 2025.

PODCAST FALE COM AGENTE: Episódio 12: Contribuições da ESPRN na qualificação das trabalhadoras e trabalhadores de saúde. [Locução de]: Helton e Rafaella dos Santos. Entrevistada: Cláudia Frederico de Melo. Natal: Escola de Saúde Pública do RN, 13 mar.2025b. **Podcast Fale com Agente**. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=jClMwrjl_Ng&t=2s. Acesso em: 16 ago. 2025.

PONTES, H. J. C.; CASTRO, J. L. As escolas de saúde do SUS: razões de ser e contribuições. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, suppl. 2, e230140, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230140pt. Acesso em: 17 ago. 2023.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Decreto n.º 30.207, de 08 de dezembro de 2020**. Natal: Secretaria de Estado da Saúde Pública, 2020b. Disponível em: https://diariooficial.rn.gov.br/dei/dorn3/documentos/00000001/20201209/705932.htm. Acesso em: 17 ago. 2025.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Portaria SEI n.º 3.300, de 19 de novembro de 2020**. Natal: Secretaria de Estado da Saúde Pública, 2020a. Disponível em: https://redeeps.saude.rn.gov.br/assets/documentos/Portaria- SEI%20N%C2%BA%203300_20%20-%20Institui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Rede%20Estadual%20de%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Permanente%20em%20Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Portaria SEI n.º 3.630, de 26 de dezembro de 2022**. Natal: Secretaria de Estado da Saúde Pública, 2022. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1cObbQBsqauPn4d3opOxqZJBRo5x0fOlb/view. Acesso em: 17 ago. 2025.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M.H.; TAVARES, M. F. L. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, 2010. Disponível em: https://capacidadeshumanas.

org/trajetoriainstitucionaldosus/wp-content/uploads/2017/11/Afeminilizacaodomercadodetrabalho_Wermelinger.pdf. Acesso em: 18 mar. 2026

Capítulo 5

O TRABALHO DO AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS NO SUS

Alisson Pereira de Paiva
Bruno da Silva Santos
João Vitor Ferreira Assunção de Araújo
Leandro Medeiros Dantas
Adriana Gomes Magalhães

1 INTRODUÇÃO

As funções do Agente de Combate às Endemias (ACE), conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangem a execução de ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, além de iniciativas voltadas à promoção da saúde (Brasil, 2010). Nesse contexto, desempenham uma função essencial na prevenção e controle de condições que representam desafios significativos para a saúde pública no Brasil (Evangelista *et al*., 2017).

Neste país, as medidas de controle de vetores começaram no período colonial e, ao longo dos séculos, as ações foram se aprimorando com base no conhecimento territorial e nas práticas de campo. Assim, os ACEs se tornaram fundamentais, sendo incorporados aos programas de controle de doenças e saúde ambiental. Atuando em áreas urbanas e rurais, sua formação inicial envolvia estudos geográficos, mapeamento e vigilância dos vetores. Com isso, adquiriram amplo conhecimento sobre técnicas de controle e prevenção de doenças (Brasil, 1994; Vilela *et al.*, 2010; Bezerra, 2017; Brasil, 2019).

Ainda que represente bom cabedal de conhecimento, a formação do ACE ainda carece de políticas públicas estruturadas que garantam qualificação adequada, uma vez que esses Agentes aprendem, majoritariamente, na prática cotidiana, sem aprofundamento teórico e regulamentação sólida, o que limita sua valorização e reconhecimento.

A partir dessa compreensão, entende-se que ações integradas e intersetoriais podem fortalecer essa categoria, promovendo sua organização e melhorando a efetividade no controle de doenças. Além disso, pesquisas sobre políticas de formação nos estados e municípios brasileiros são essenciais para consolidar

uma abordagem mais ampla e eficaz (Evangelista *et al.*, 2017).

A integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica é essencial para atender às necessidades da população, fortalecendo o trabalho conjunto dos ACEs e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). As atribuições dos ACEs incluem ações educativas, prevenção, controle de doenças e mobilização comunitária. Além disso, atuam no monitoramento epidemiológico e na pesquisa de vetores. A Lei nº 13.595/2018 estabelece atividades específicas para os ACEs, muitas desenvolvidas em parceria com os ACSs. Essas ações devem ser articuladas com as equipes de saúde para garantir efetividade tanto na prevenção quanto no controle de doenças.

Apesar de já terem tido sua profissão regulamentada pelo Projeto de Lei 1.802 publicado em 20 de janeiro de 2019, os ACEs enfrentam diversos desafios, os quais podem comprometer sua saúde e bem-estar. A infraestrutura precária, a falta de locais de trabalho adequados e o armazenamento inapropriado de materiais dificultam sua rotina laboral. Além disso, a exposição à violência urbana e a condições climáticas adversas em algumas cidades agravam a vulnerabilidade desses profissionais. O baixo

reconhecimento institucional e social, aliado à pressão por metas, impacta sua motivação e autoestima. Não se pode ignorar, ainda, a falta de informações sobre produtos utilizados em seu dia a dia, que também podem gerar riscos à sua saúde. Os ACEs estão sujeitos a múltiplos perigos, incluindo químicos, físicos, biológicos e ergonômicos, que podem afetar sua integridade. Faz-se urgente prover esse grupo de melhores condições de trabalho e de uma regulamentação mais clara quanto às especificidades dessa profissão, não só para melhor desempenho junto às comunidades onde trabalham como para sua própria proteção (Torres, 2009; Sanches *et al*., 2025; Assunção *et al*., 2012).

Mesmo diante desse contexto de desafios, os ACEs utilizam tecnologias, como o sensoriamento remoto e os Sistemas de Informações Geográficas (SIG), que permitem a identificação de áreas de risco com maior precisão, possibilitando a elaboração de mapas que direcionam ações preventivas. Fazem uso, ainda, de dispositivos móveis e aplicativos para obterem, e com maior facilidade, dados epidemiológicos em tempo real e registrarem sua análise com o máximo de precisão possível, agilizando a resposta às necessidades do Sistema de Saúde.

Os ACEs desempenham forte papel na dimensão educativa e de protagonismo na promoção da saúde pública. Atuando na conscientização da população sobre hábitos preventivos e de manejo ambiental adequado, fortalecem o vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde e estimulam a corresponsabilidade social na prevenção de doenças.

Assim, este capítulo tem como propósito refletir sobre o protagonismo dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) na promoção da saúde, com ênfase em sua atuação no estado do Rio Grande do Norte, a partir das contribuições trazidas nas entrevistas concedidas ao *podcast* Fale com Agente, especialmente nos episódios 1 e 2.

2 HISTÓRIA DOS AGENTES DE ENDEMIAS NO BRASIL

A história dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs) no Brasil tem suas raízes no combate a doenças como febre amarela, malária, doença de Chagas e esquistossomose.

A função do ACE remonta a 1808, com a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil. Naquela época, a

Provedoria-Mor era responsável por inspeções sanitárias nos portos, visando minimizar riscos de doenças epidêmicas. Posteriormente, com as epidemias de febre amarela (1849), cólera (1855) e peste bubônica (1899), o governo criou a Polícia Sanitária para conter surtos epidêmicos.

Em 1903, sob a liderança de Oswaldo Cruz na Diretoria-Geral de Saúde Pública, intensificaram-se as ações contra a febre amarela. Inspirado por estratégias adotadas em Havana, Cuba, Cruz implementou medidas rigorosas de combate ao mosquito transmissor, como inspeções domiciliares, aplicação de venenos e campanhas de vacinação compulsória. Essas ações moldaram o perfil dos atuais ACEs.

Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), que consolidou programas de combate a doenças como febre amarela, malária e peste. Esse departamento foi o precursor da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). Criada em 1970, a Sucam foi responsável pelas campanhas de erradicação da malária e da varíola. O termo Polícia Sanitária cai em desuso, e os profissionais agora são chamados de Agentes de Saúde Pública. Posteriormente, na década de 90, surge a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), resultante

da fusão entre as antigas Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp) e a Sucam.

Em 1994, com a descentralização das ações de vigilância em saúde, a Funasa foi responsável por capacitar e transferir cerca de 26 mil agentes para estados e municípios. Esses profissionais, conhecidos como guardas sanitários, supervisores, guardas de endemias ou matamosquitos, atuavam de forma fragmentada, especializando-se no combate a doenças específicas, como malária, dengue e esquistossomose.

A formação desses agentes era limitada e instrumental, focada apenas nas técnicas necessárias para o controle de uma única doença, sem uma base científica mais ampla ou conhecimentos em saúde coletiva. Os treinamentos eram curtos e baseados em cartilhas ou guias produzidos pela própria Funasa, o que refletia uma abordagem puramente técnica e pouco integrada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), este instituído pela Constituição Federal de 1988 e oficializado em 1990 pela Lei nº 8.080.

Enfrentando um sério problema de saúde pública com o mosquito *Aedes Aegypti*, transmissor da dengue, era preciso criar métodos mais eficientes e organizados para controlar a proliferação de mosquitos

e prevenir doenças. Diante dessa necessidade, foi instituído o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) em 2002, que trouxe diretrizes importantes para a atuação de agentes comunitários.

A regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate às Endemias (ACE) só ocorreu em 2006, com a promulgação da Lei nº 11.350, que estabeleceu parâmetros fundamentais para o exercício dessas atividades. Segundo a legislação, os profissionais devem atuar exclusivamente no âmbito do SUS, sendo proibidas contratações temporárias ou terceirizadas – exceto em casos excepcionais de surtos endêmicos. A Lei também determinou que a seleção deve ser realizada obrigatoriamente por meio de concurso público. Além disso, um dos requisitos básicos para o exercício da função de ACE é a conclusão de curso introdutório de formação inicial e continuada, garantindo, assim, uma qualificação mínima para o desempenho das atividades.

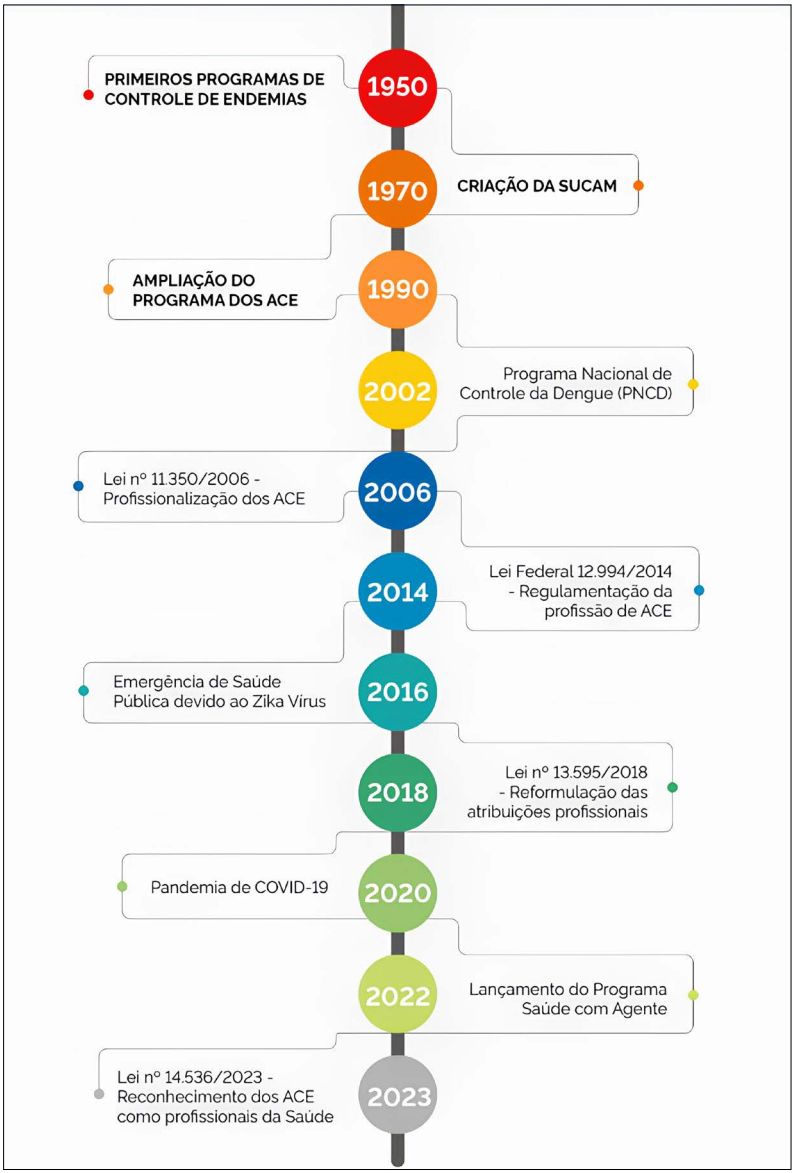
Em 2014, é publicada a Lei nº 12.994, que altera a de nº 11.350/2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira do ACS e do ACE. Pela primeira vez, é definido um piso salarial nacional para essas profissões. Em 2018, as atribuições

dos ACSs e dos ACEs foram redefinidas e ampliadas com a promulgação da Lei nº 13.595/2018, exigindo formação inicial com curso técnico de, no mínimo, 1.200 horas para ambas as categorias e prevendo, ainda, a formação continuada, com apoio técnico e supervisão periódica.

Para suprir a demanda por formação, foi lançado, em 2022, o Programa Saúde com Agente, uma estratégia nacional voltada à capacitação dos ACSs e ACEs. Recentemente, a Lei nº 14.536/2023 reconheceu os ACEs como profissionais de saúde, permitindo-lhes o acúmulo de cargos públicos com compatibilidade de horários. Essa medida representa um avanço no reconhecimento da importância e da qualificação desses profissionais no âmbito do SUS.

A Figura 1, na página seguinte, apresenta uma linha do tempo, resumindo a trajetória histórica dos ACEs no Brasil, destacando marcos legais e programas de saúde pública.

Figura 1 – Trajetória histórica dos ACEs no Brasil



Fonte: Autor (2025).

A trajetória dos ACEs é marcada por uma evolução significativa, processo que representa não apenas o fortalecimento da categoria mas também o compromisso do Estado com a valorização de profissionais que atuam diretamente na prevenção de doenças e na promoção da saúde nas comunidades, como exposto no episódio 1 do *podcast* Fale com Agente. Nesse episódio, Jeandro Freitas[1] descreve seu trabalho como ACE:

> *[...] trabalha mais ostensivamente, a gente faz a visita, tratamento, eliminação e trabalha também com a informação [...] além do trabalho de orientação sobre a questão do foco do mosquito tem que... questão de caramujo, rato e outros tipos de inseto…engloba todas endemias* (Jeandro Freitas, *Podcast* Fale com Agente, 2024).

1 Neste capítulo, optamos por registrar a fala dos participantes/entrevistados em itálico para fazer a distinção entre as citações diretas e recuadas de fontes teóricas. Outrossim, informamos que as transcrições dos discursos dos participantes/entrevistados foram feitas *ipsis litteris*, a fim de manter sua fidedignidade.

3 HISTÓRIA DOS AGENTES DE ENDEMIAS EM NATAL, RIO GRANDE DO NORTE

Segundo o Agente de Combate às Endemias Dianaldo Lopes, a atuação dos Agentes de Combate às Endemias, em Natal, teve início na década de 1990, com foco no controle vetorial, por meio de tratamento focal, visitas domiciliares para eliminação de criadouros, além do uso de fumacê – aplicação de inseticida em forma de fumaça, feita em áreas externas para matar mosquitos adultos no ambiente – e Nebulização a Ultra Baixo Volume (UBV) portátil – aplicação de inseticida em forma de névoa fina, em ambientes internos ou externos (ACE Dianaldo Lopes, *Podcast* Fale com Agente, 2024). Na época, o principal indicador utilizado era o Índice de Infestação Predial, em um cenário marcado por desafios como áreas de difícil acesso, falta de recursos humanos e a percepção limitada da população, que via os agentes apenas como combatentes da dengue (ACE Dianaldo Lopes, *Podcast* Fale com Agente, 2024).

Com o passar dos anos, como destaca Dianaldo Lopes em entrevista no episódio 2 do *podcast* Fale com Agente:

> *[...] a expansão dos programas de vigilância epidemiológica e ambiental ampliou de forma significativa o campo de atuação dos agentes* (Podcast Fale com Agente, 2024).

As visitas domiciliares passaram a incluir, além do controle de vetores, orientações sobre o descarte correto de resíduos, o controle de roedores e os cuidados com áreas de mata. O uso de ovitrampas[2] no monitoramento entomológico e a estratificação territorial tornaram as ações mais direcionadas e eficazes.

Dianaldo também destaca a contribuição de Alessandre Medeiros – hoje falecido – como figura essencial na consolidação da equipe de vigilância epidemiológica no Centro de Controle de Zoonoses.

As estratégias adotadas têm apresentado resultados positivos. Para Dianaldo, a capacitação contínua e o trabalho em equipe são pilares

2 A ovitrampa é formada por um vaso de planta preto, preenchido com água em que foi adicionada uma substância atrativa para o mosquito, que fica posicionado em um local e simula o ambiente perfeito para a procriação do inseto. Dentro do recipiente, há uma palheta de madeira que facilita que a fêmea bote os ovos. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-3-2025-cgarb-dedt-svsa-ms.pdf. Acesso em: 12 out. 2025.

fundamentais. Ele ressalta a visita domiciliar como a "coisa mais importante" na proteção da população e valoriza o papel dos Agentes na linha de frente, garantindo tanto a qualidade na coleta de dados quanto a eficácia das ações executadas.

4 FUNÇÃO E OBJETIVOS DOS AGENTES DE ENDEMIAS

Os Agentes de Combate às Endemias (ACEs) exercem função estratégica e, muitas vezes, subvalorizada dentro da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Vinculados exclusivamente a esse sistema, esses profissionais atuam na linha de frente da vigilância em saúde, sendo responsáveis pelo controle de vetores e pela prevenção de doenças endêmicas que afetam diretamente a qualidade de vida da população. Embora o cargo de Agente de Combate às Endemias seja amplamente conhecido no âmbito da saúde pública, seu campo de atuação ainda é pouco compreendido pela sociedade em geral. Muitas vezes, sua função é reduzida a ações pontuais, sem o devido reconhecimento da complexidade e da relevância das atividades que desempenham cotidianamente nos territórios em que atuam.

Nesse contexto, é fundamental aprofundar o entendimento sobre as atribuições desses profissionais e a abrangência de suas ações no controle de doenças endêmicas e na promoção da saúde coletiva.

A seguir, apresenta-se a Tabela 01, com a descrição das principais atividades desenvolvidas pelos ACEs, evidenciando a diversidade e a importância das suas práticas no fortalecimento das políticas públicas de saúde no Brasil.

Tabela 01 – Principais Atividades Desenvolvidas pelos Agentes de Combate às Endemias: Ações e Contribuições para a Saúde Pública

Atividade	Descrição
Visitas Domiciliares	Consistem em realizar inspeções sistemáticas em imóveis residenciais, comerciais e espaços públicos para identificar e eliminar criadouros de vetores, complementando com a aplicação direcionada de larvicidas e inseticidas, conforme protocolos dos órgãos de saúde.

Educação em Saúde	Envolve atividades educativas voltadas à sensibilização da população sobre práticas preventivas, com foco na redução dos riscos relacionados às doenças endêmicas.
Coleta de Dados	Abrange o registro e o repasse de informações sobre a ocorrência de vetores e doenças, servindo como subsídio para o planejamento e avaliação das ações de vigilância em saúde.
Apoio a Campanhas de Saúde	Envolve a colaboração em ações pontuais de saúde pública, como campanhas de imunização, mutirões de limpeza e mobilizações comunitárias.
Integração com a Comunidade	Caracteriza-se pelo estabelecimento de vínculos com os moradores da área de atuação, promovendo a confiança mútua e fortalecendo a adesão às medidas de prevenção e controle.

A atuação dos Agentes de Combate às Endemias é primordial para o controle e a prevenção de doenças endêmicas, sendo pautada por três fatores interligados: i) o monitoramento e controle de vetores; ii) a educação em saúde; e iii) a inspeção de ambientes.

O monitoramento contínuo permite aos ACEs identificar e tratar focos de vetores, como o mosquito *Aedes Aegypti*, transmissor de doenças como dengue, zika e chikungunya. A partir do levantamento de áreas de risco, os ACEs aplicam medidas específicas, como o uso de larvicidas e a eliminação de criadouros em locais estratégicos, como depósitos de água parada.

Acompanhando o avanço das ferramentas tecnológicas e o seu uso pelos ACEs, verifica-se que as tecnologias e inovações têm contribuído de forma significativa para o enfrentamento das endemias, especialmente no que se refere aos resultados positivos do trabalho dos Agentes de Combate às Endemias.

Ferramentas como o sensoriamento remoto e o sistema de informações geográficas têm sido empregadas para identificar áreas com maior risco de infestação, a partir do cruzamento de dados obtidos através das ovitrampas, armadilhas espalhadas em pontos estratégicos da cidade que captam ovos de

vetores, ajudando-os a definir as ações de visitas domiciliares e eliminação de focos vetoriais. Assim, é possível mapear com maior precisão os locais que favorecem a proliferação do vetor, já que essas informações permitem a elaboração de mapas de risco, que orientam a definição das áreas prioritárias para intervenção dos referidos agentes.

Esse processo tem impacto direto na organização e eficiência das ações em campo. Os Agentes de Combate às Endemias passam a atuar guiados por mapas de trabalho previamente planejados, o que facilita o deslocamento, otimiza o tempo e aumenta a efetividade das atividades, como vistorias domiciliares, ações educativas e eliminação de criadouros.

Dessa maneira, a incorporação de tecnologias digitais e geoespaciais, aliadas às práticas convencionais, representa um avanço importante nas estratégias de vigilância em saúde. Ao permitir uma atuação mais direcionada, baseada em evidências e com melhor uso dos recursos disponíveis, essas ferramentas fortalecem a resposta do Sistema de Saúde no controle das endemias e reafirmam a relevância da inovação tecnológica no âmbito das políticas públicas.

5 CONTRIBUIÇÃO PARA A SAÚDE PÚBLICA

Refletir sobre a atuação dos Agentes de Combate às Endemias é reconhecer sua relevância estratégica no contexto da Atenção Básica à Saúde e da vigilância em saúde, particularmente nos territórios marcados por vulnerabilidades sociais, ambientais e epidemiológicas. O papel desses profissionais transcende a simples execução de ações técnicas ou operacionais, assumindo um caráter essencialmente educativo, preventivo e articulador. Ao estarem inseridos diretamente nos territórios, os ACEs desenvolvem um trabalho que alia conhecimento técnico à escuta ativa, ao diálogo e ao acolhimento das populações locais, contribuindo para a construção de práticas coletivas de cuidado com a saúde e com o meio ambiente.

A presença constante dos ACEs nas comunidades, por meio das visitas domiciliares, das ações educativas e das inspeções ambientais, permite uma aproximação genuína com os moradores, o que fortalece o vínculo entre o serviço de saúde e a população. Este contato frequente é fundamental não apenas para a detecção e eliminação de focos de vetores, como no caso da dengue, chikungunya e zika vírus, mas, sobretudo,

para o desenvolvimento de um trabalho preventivo que valorize a educação em saúde como ferramenta de transformação social. Neste sentido, os ACEs atuam como agentes multiplicadores de saberes, ao orientar as famílias sobre medidas simples, porém eficazes, como o descarte correto de resíduos sólidos, o uso de tampas em reservatórios de água e a limpeza adequada de quintais e terrenos baldios.

A atuação educativa do ACE não se restringe à transmissão de informações técnicas, pois se estende à mobilização da comunidade para a corresponsabilização no enfrentamento das endemias. Essa prática dialoga com os princípios da promoção da saúde, ao valorizar os saberes populares, respeitar as especificidades culturais dos territórios e estimular a participação social. Dessa forma, os agentes desempenham um papel crucial na construção de uma consciência coletiva voltada à prevenção de doenças e à manutenção de ambientes mais saudáveis.

Outro aspecto relevante da atuação dos ACEs é sua contribuição para o fortalecimento dos laços entre a comunidade e as Unidades Básicas de Saúde. Ao identificarem demandas, necessidades e situações de risco durante o trabalho de campo, esses profissionais viabilizam o encaminhamento precoce dos casos às

equipes da Saúde da Família, promovendo maior resolutividade dos serviços e garantindo um cuidado mais integral. Além disso, sua atuação favorece a articulação intersetorial, especialmente em contextos onde fatores ambientais, sociais e habitacionais se inter-relacionam, de forma direta, com a incidência de doenças.

A sensibilidade do ACE para identificar situações de sofrimento psíquico, negligência ou exclusão também o posiciona como um agente de apoio à saúde mental da população. Em muitas situações, é ele o primeiro profissional a perceber sinais de vulnerabilidade emocional em indivíduos ou famílias, podendo contribuir para o acolhimento e encaminhamento desses casos à Rede de Atenção Psicossocial. Este cuidado, muitas vezes invisibilizado, é de extrema importância em comunidades que enfrentam estigmas, desigualdades e carência de suporte institucional.

Assim, ao considerar a complexidade do trabalho dos Agentes de Combate às Endemias, torna-se evidente que sua atuação não pode ser limitada a ações de controle vetorial. Ela deve ser compreendida em sua amplitude educativa, social e afetiva. Os ACEs são pilares fundamentais da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica, ao promoverem o cuidado com o

ambiente, ao contribuírem para a autonomia sanitária da população e ao estreitar os laços entre os serviços públicos de saúde e a realidade vivida nos territórios. Reconhecer, valorizar e investir na formação contínua e nas condições de trabalho desses profissionais é, portanto, uma medida essencial para a qualificação do Sistema Único de Saúde e para a efetiva promoção da saúde coletiva no Brasil.

6 AGENTES DE ENDEMIAS COMO PROTAGONISTAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os Agentes de Combate às Endemias (ACEs) desempenham um papel de vital importância no Sistema Único de Saúde (SUS), indo além do controle de vetores. Sua atuação abrange a promoção da saúde, a articulação comunitária e a educação em saúde, sendo peças-chave na mobilização social e no fortalecimento do acesso a programas de prevenção (Brasil, 2022).

Essa visão é ressaltada pelo ACE Dianaldo Lopes, no episódio 2 do *podcast* Fale com Agente:

> *[...] o agente de endemias não é só o agente da dengue; ele adentra diversas situações endêmicas e orienta a população para evitar proliferação de escorpiões, roedores e outros riscos".*

Assim, esses sujeitos atuam na promoção da saúde, articulação comunitária e educação, sendo pontes entre o conhecimento técnico e a realidade das famílias.

Apesar dessa relevância, os ACEs enfrentam desafios, como precarização das condições de trabalho, sobrecarga de tarefas e invisibilidade institucional. No podcast Fale com Agente, Dianaldo também relata:

> *[...] é uma responsabilidade muito grande e um prazer ser agente de endemias, mas ainda falta reconhecimento, principalmente para quem está na ponta exposto ao sol, à chuva e a riscos diversos".*

Segundo o entrevistado, o futuro da profissão envolve novas tecnologias, como ovitrampas e georreferenciamento, que:

> *[...] ajudam a mapear os focos e tornam o combate mais efetivo.*

Ainda que reconheça o valor das tecnologias, Dionaldo está ciente de que as tecnologias não substituem o trabalho humano. Para Dianaldo,

> *o servidor público é para servir com excelência; o agente é o primeiro médico da casa, porque evita que o cidadão adoeça.*

Reconhecer os ACEs como protagonistas é reconhecer o valor do cuidado territorializado e do diálogo direto com a comunidade. Em um país marcado por desigualdades, esses profissionais representam a presença concreta do Estado nas periferias urbanas e zonas rurais, atuando como verdadeiras sentinelas da saúde. Fortalecer sua atuação é, portanto, fortalecer o SUS e a saúde coletiva.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho dos ACEs é essencial na vigilância em saúde, atuando na linha de frente da prevenção de doenças e promoção da saúde coletiva. Apesar dos desafios como a falta de estrutura e reconhecimento,

sua atuação estratégica contribui diretamente para a qualidade de vida da população.

Uma regulamentação mais específica em prol da atuação dos ACEs e a incorporação de novas tecnologias aprimoram seu trabalho, tornando, portanto, mais produtivas e mais eficientes as ações sobre o controle de vetores. Para garantir melhores condições de trabalho e ampliar seu impacto, é necessário investimento contínuo em formação e políticas públicas que valorizem a atuação desses profissionais.

O fortalecimento dos ACEs representa um avanço na saúde pública e no compromisso com o bem-estar coletivo.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, Ada Ávila; ABREU, Mery Natali Silva *et al*. **Condições de trabalho e saúde dos agentes de combate às endemias no Brasil**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 286-294, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbso/a/79wtZ7xsT5jdKrRBjjNyRyw/. Acesso em: 18 mar. 2026.

BEZERRA, M. G. F. **O agente de combate** às **endemias e o processo de trabalho em saúde:** um estudo de caso. 2017. 150 f. Dissertação

(Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de controle de doenças transmitidas por vetores e hospedeiros.** Brasília, DF: FUNASA, 1994.

BRASIL. Lei nº 14.536, de 10 de janeiro de 2023. Reconhece os Agentes de Combate às Endemias – ACE como profissionais da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 jan. 2023. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14536.htm. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre o exercício das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 8 jan. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13595.htm. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014. Regulamenta o exercício da profissão de Agente de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 18 jun. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12994.htm. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda

Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 6 out. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Fundamentos do trabalho do agente de saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 60 p. (Programa Saúde com Agente; E-book 7). ISBN 978-65-5993-390-7. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fundamentos_trabalho_agentes_saude.pdf. Acesso em: 20 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O agente de controle de endemias faz parte da mobilização no combate à dengue.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/o-agente-de-controle-de- endemias-faz-parte-da-mobilizacao-no-combate-a-dengue. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2010**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Guia de vigilância em saúde.** 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trajetória histórica dos agentes de combate às endemias (ACE) no Brasil** [infográfico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-ambiental/ace/linha_tempo_ace.jpg. Acesso em: 20 mai. 2025.

EVANGELISTA, T. A. *et al*. O agente de combate às endemias: desafios e perspectivas no controle de doenças. **Revista de Enfermagem UFPE** (On Line), Recife, v. 11, n. 4, p. 1756- 1763, abr. 2017. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1219. Acesso em: 18 mar. 2026

PODCAST FALE COM AGENTE. Episódio 01: O trabalho do agente comunitário de saúde e do agente de combate **às** endemias. [Locução de]: Valdelice Araújo; Bruno Santos. 21 mar. 2024. **Podcast.** Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=bwr1ZlaKaZo&list=PL0A1_qyFHVwzorHxnuSC1EIQs5G5RhjGT&index=19. Acesso em: 20 jun. 2025.

PODCAST FALE COM AGENTE. Episódio 02: A história e o trabalho dos agentes de combate às endemias do município de Natal/RN. YouTube, 22 mar. 2024 **[**Locução de:] Alisson Pereira de Paiva e Valdelice Araújo. Entrevistado: Dianaldo Rodrigues Lopes. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 12 dez. 2024**. Podcast.** Disponível em: https://youtu.be/bwr1ZlaKaZo?si=hYl6UHE03xq1Nd_V. Acesso em: 4 jun. 2025.

SANCHES, Karina Penariol *et al*. **Mudanças climáticas e suas implicações para a saúde de trabalhadores e trabalhadoras, produção agrícola e ambiente**. Revista Brasileira de Saúde

Ocupacional, São Paulo, v. 50, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbso/a/jSLzG6CzhfLGmRY9zGtnBmM/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 18 mar. 2026.

VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia; CERA DA SILVA, Reginalice; JACKSON FILHO, José Marçal. **Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre agentes comunitários de saúde**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 289-302, 2010. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/1005/100515726011.pdf. acesso em 18 de mar. 2026.

Capítulo 6

MULHERES TRABALHADORAS DO SUS: DESAFIOS E LUTAS EM TERRITÓRIO POTIGUAR

Lavínia Mabel Viana Lopes
Bárbara Monique Alves Desidério
Adriana Gomes Magalhães
Cíntia Fernanda de Lima
Ana Kalliny de Sousa Severo

1 INTRODUÇÃO

As mulheres são a maioria da população brasileira e, cada vez mais, chefiam seus lares. Embora esse papel lhes outorgue, aparentemente, algum poder, elas ainda enfrentam desafios para alcançar a igualdade no trabalho, ou seja, o fato de serem responsáveis por mais domicílios do que os homens não se traduz, necessariamente, em igualdade de oportunidades profissionais (Brasil, 2025).

Apesar de estarem cada vez mais presentes na busca por trabalho, as mulheres continuam em desvantagem: recebem salários menores, mesmo quando exercem as mesmas funções que os homens, e têm menos acesso ao mercado formal (Brasil, 2025). A sobrecarga de tarefas, que geralmente inclui o cuidado com a casa e a família, agrava ainda mais essa situação, pois o tempo e energia que despendem, seja com afazeres domésticos, seja com filhos e até com pais idosos, acabam conflitando com o tempo que teriam (e oportunidades) para buscar ocupar espaços de forma justa e digna no mercado.

A equidade de gênero no trabalho ainda é um objetivo a ser conquistado, e conhecer quem são essas mulheres é o primeiro passo para garantir seus direitos (Brasil, 2025).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as mulheres somam mais de 2,1 milhões de profissionais. Ou seja, quase três em cada quatro pessoas que cuidam da saúde das pessoas são mulheres, representando 74% da força de trabalho no SUS. A presença massiva mostra quanto elas são cruciais para o funcionamento do Sistema e para o cuidado diário de milhões de brasileiros (Brasil, 2023).

O SUS é um sistema universal de reconhecimento internacional. Instituído no Brasil no ano de 1990, a partir da Lei 8080, ele completa, em dezembro de 2025, 35 anos de existência. Durante todo esse período, tivemos apenas uma primeira e única mulher como Ministra de Saúde: a socióloga e pesquisadora Nísia Verônica Trindade Lima, no período de 2017 a 2025. O que isso implica para refletirmos sobre o SUS?

As mulheres constroem, continuamente, o SUS e a saúde na sociedade brasileira. As análises que evidenciam a construção do SUS em uma perspectiva de gênero, raça e classe são, no entanto, recentes. Com base nessas primeiras ponderações, objetivamos, neste capítulo, refletir acerca do protagonismo das mulheres em sua diversidade, a partir das entrevistas de duas trabalhadoras e ativistas negras para o *podcast* Fale com Agente (episódios 10 e 11). A partir dessas entrevistas, buscaremos refletir sobre o que suas experiências de trabalho e de vida na construção do movimento de mulheres e do SUS nos impulsionam a pensar.

2 OS MOVIMENTOS FEMINISTAS,AS MULHERES E SUAS CONQUISTAS NA SOCIEDADE BRASILEIRA

Na construção do episódio “A importância do 8 de março para as mulheres trabalhadoras do SUS” do Fale com Agente, disponível no YouTube, discutimos, a partir de concepções e leituras feministas, como o 8 de março se concretizou em todo o mundo e qual a importância da luta feminista para as antigas e futuras gerações. Esse episódio contou com a participação de Samara Martins, que se define como “odontopreta”, cirurgiã-dentista de formação e militante de coração, além de Vice-Presidenta da Unidade Popular.

Ao longo deste tópico, buscaremos destacar as principais pontuações trazidas no *podcast* e na entrevista de Samara Martins, com um olhar direcionado a compreender o 8 de março, sua importância na luta das mulheres e algumas das principais conquistas das mulheres no Brasil, a partir da luta e do movimento feminista.

Para iniciar a compreensão em torno dessa data tão marcante, destacamos Clara Zetkin, sufragista alemã que propôs, em 1910, em Copenhague, a criação do Dia Internacional da Mulher. Ao contrário do que se

dissemina no Brasil – o que também foi apontado por Samara Martins –, Zetkin não propôs o 8 de março para lembrar operárias mortas em um incêndio, ocorrido em Nova York, em 1857. A proposta trazida por Clara Zetkin visava celebrar a luta das mulheres de todo o mundo, na busca pela igualdade de direitos e pelo voto feminino, além de chamar a atenção para a ausência de espaços políticos pensados por e para mulheres (Janu; Welle, 2023). Inicia-se, então, uma revolução nas questões relacionadas à igualdade de gênero e garantia de direitos, estruturando-se a luta contra a opressão do machismo e do patriarcado, a qual se fez/faz necessária sob a justificativa apontada por Samara Martins[1]:

> *O machismo [...] convence a sociedade de que as mulheres [...] são inferiores; de que as mulheres são propriedade dos maridos. [...] o machismo [...] perpetua uma estrutura de sociedade que é para explorar cada vez mais. O machismo, assim como o racismo, [...] surge, justamente, nesse sentido:*

1 Neste capítulo, optamos por registrar a fala dos participantes/entrevistados em itálico para fazer a distinção entre as citações diretas e recuadas de fonte teóricas. Outrossim, informamos que as transcrições dos discursos dos participantes/entrevistados foram feitas *ipsis litteris*, a fim de manter sua fidedignidade.

> *vamos criar ideias de inferioridade para que, com isso, a gente consiga explorar [...] e oprimir as pessoas.*

Avançando para a compreensão acerca do Feminismo, especialmente no contexto brasileiro, apontamos as ondas do movimento e suas principais características.

Em 1932, destaca-se no Brasil a **primeira onda do Feminismo**, que teve como marco a conquista do sufrágio feminino (Pinto, 2010; Perez; Ricoldi, 2023).

A **segunda onda**, por sua vez, reivindicou mais direitos, sobretudo os direitos políticos no contexto da ditadura militar brasileira (Perez; Ricoldi, 2023). Com a redemocratização nos anos 1980, o feminismo passou a discutir questões relacionadas à violência, sexualidade, direito ao trabalho, igualdade no casamento, direito à terra, direito à saúde materno-infantil, luta contra o racismo e outros (Pinto, 2010).

A **terceira onda** foi marcada pela institucionalização da participação do movimento feminista. Foi também aqui que surgiu a emergência do conceito de interseccionalidade, principalmente nos Estados Unidos, tendo Kimberlé Crenshaw como a autora mais conhecida sobre a temática. Foi a partir da interseccionalidade

que se direcionou o olhar para o fato de que todas as mulheres estão, de alguma maneira, sujeitas ao peso da discriminação de gênero e de outros aspectos relacionados às suas identidades sociais, como as questões de raça/cor e etnia, as quais impactam na forma como cada grupo de mulheres vivencia a discriminação (Perez; Ricoldi, 2023).

A partir disso, o Movimento Feminista avançou na garantia de direitos no contexto brasileiro, com destaque a algumas conquistas apontadas por Samara Martins da Silva Feitosa durante sua participação no *podcast* Fale com Agente (2025a), a saber: o direito ao voto, um dos primeiros marcos do movimento sufragista; o direito ao divórcio, antes privilégio apenas de homens; a Lei Maria da Penha, em 2006; a Lei do feminicídio em 2015; e o direito à laqueadura sem autorização do marido, em 2022. Também destacamos a criação, no primeiro governo Lula, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (com *status* de ministério) (Pinto, 2010).

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) é uma referência internacional, estando entre as três leis sobre violência contra a mulher mais completas e bem elaboradas do mundo (Lisboa; Zucco, 2022). Foi a partir da Lei Maria da Penha que a questão de gênero ganhou estatuto jurídico nacional. O conceito

de violência baseada no gênero explica a assimetria nas relações de gênero e a adoção do uso da violência para a manutenção dessa assimetria (Campos, 2024). Assim, as violências de gênero abarcam os envolvidos, independentemente da natureza das relações afetivas, sejam hétero ou homossexuais, e das identidades de gênero (Lisboa; Zucco, 2022). A Lei Maria da Penha ampliou a compreensão de violência para além da violência física, trazendo a perspectiva dos diferentes tipos de violência que podem ser sofridos por uma mulher, como a psicológica, patrimonial, sexual, pedofilia, tráfico de meninas; por mulheres cis, mulheres trans e travestis, entre outras violências (Lisboa; Zucco, 2022).

A Lei do Feminicídio, outro marco recente e importante, completou 10 anos de existência no Brasil. Em outubro de 2024, entrou em vigor a Lei Nº 14.994, que tornou o feminicídio um crime autônomo, agravou sua pena e estabeleceu medidas para prevenir e coibir a violência contra a mulher (Brasil, 2024). Samara Martins destaca que a Lei do Feminicídio veio para combater a morte de mulheres e para trazer a compreensão de que as mulheres não podem ser vistas como propriedade de homens. A noção de posse, de propriedade privada sobre os corpos das mulheres, tem suas raízes também fincadas na lógica capitalista.

As mulheres precisam, mais do que nunca, manter a união e a organização, nos sindicatos, nas ruas, associações de bairro, nas entidades, tendo em vista a falta de representatividade das mulheres no cenário político, majoritariamente composto por homens. E as mulheres presentes nos parlamentos nem sempre compreendem o Feminismo como um marco para a conquista e garantia de direitos.

O Movimento Feminista avançou, mundial e nacionalmente, em pautas caras para as mulheres, mas ainda há muito a ser feito. A luta das mulheres é contra um sistema de opressão muito bem estabelecido na sociedade. Samara diz que

> *[...] as mulheres são as lavanderias [...], os restaurantes, [...] as creches que deveriam ser garantidas pelo Estado* (Podcast Fale com Agente, 2025a).

São as mulheres que sustentam, portanto, trabalhos e economias dentro do sistema. Elas precisam de reconhecimento, direitos garantidos e de que o Estado exerça seu papel de proteção social. É necessário avançar, no sentido de termos políticas mais efetivas e eficazes e, assim como clamou Clara Zetkin, mais espaços políticos criados e ocupados por e para mulheres.

3 INIQUIDADES DE GÊNERO E TRABALHO EM SAÚDE: UMA AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE TECENDO RESISTÊNCIAS EM COLETIVIDADE NO SEU TERRITÓRIO

O protagonismo das mulheres usuárias e trabalhadoras do SUS na produção de vida das comunidades nos territórios é inegável. Na entrevista de Cintia Fernanda, podemos reconhecer o exemplo de uma admirável e incansável trajetória do movimento de mulheres que organiza cotidianamente o existir em seu território, resistindo aos machismos e racismos que se apresentam (*Podcast* Fale com Agente, 2025b).

Agente Comunitária, servidora há 25 anos, ativista social, moradora da Vila de Ponta Negra (Natal-RN), ela fala da importância da luta pelo seu território de vida e de trabalho, da importância de "territorializar". Ressalta, no entanto, os inúmeros desafios relacionados às iniquidades de gênero no trabalho em Saúde.

A percepção dessa trabalhadora indica que os desafios são muitos; faltam condições estruturais – como portas quebradas, insegurança – e sobram problemas na gestão –, que comprometem não apenas a qualidade

do ambiente de trabalho mas também a saúde mental e física das profissionais do SUS. Como relatado por Cíntia no Episódio 11, do Programa Fale com Agente:

> *[...] não há conversa sobre isso nas unidades, a gente tá falando de equidade, conhecendo equidade agora. Quantas coisas a gente já não passou para poder estar aqui? Como discutir se a gente já tá vendo que tem barreiras para isso que são os nossos próprios colegas de profissão por causa do conservadorismo?*

Essa fala evidencia a ausência de espaços de diálogo que favoreçam a reflexão sobre as condições de trabalho e a necessidade de promover uma cultura de respeito e valorização das trabalhadoras que representam cerca de 75% da força de trabalho do SUS (Brasil, 2021).

Continuamente, a questão da desigualdade de gênero, que também é um desafio para as mulheres trabalhadoras do SUS, se manifesta de forma clara tanto na rotina de trabalho quanto no ambiente institucional, onde muitas vezes as profissionais enfrentam assédios, discriminações e julgamentos, fundados em preconceitos patriarcais.

Segundo Oliveira (2022), trabalhadoras exaustas e sobrecarregadas têm menos capacidade de fornecer cuidados adequados, o que pode resultar em erros médicos e comprometer a segurança dos pacientes. Essas condições dificultam o reconhecimento do protagonismo feminino e limitam as possibilidades de avançar na valorização dessas profissionais, que ainda enfrentam barreiras para assumir cargos de liderança ou de gestão. Como complementa Cíntia, no *Podcast* Fale com Agente (2025b):

> *é fundamental que a gente qualifique a gestão para melhorar esses aspectos e promover ambientes mais seguros e acolhedores para as mulheres.*

Ademais, ainda na perspectiva da interseccionalidade e considerando o marcador social gênero, percebe-se a sobrecarga emocional e as jornadas exaustivas, com pouca valorização e reconhecimento profissional e financeiro, conforme relata Maria Carvalho durante a entrevista feita com Cíntia:

> *A gente fica sobrecarregado e quando a gente está doente que vai dizer: "Estou passando por uma crise emocional". Seja*

> *lá o que seja, doença, aí diz assim: "Não, você não pode!" Como se a gente fosse uma máquina. E não, a gente é humano igual qualquer um, a gente é paciente, acima de tudo* (Podcast Fale com Agente, 2025b).

Esses desafios podem ser identificados no estudo de Hirata *et al.* (2009, p. 86, sic) que apontam: "[...] são atribuídas às mulheres atividades relacionadas ao cuidado e aos homens, o trabalho produtivo e mais valorizado economicamente", assim, as mulheres ocupam funções de cuidado, porém sem serem cuidadas, o que se pode ver refletido na precarização do trabalho, na degradação das condições do ambiente profissional, que, segundo Pialarissi (2017), são práticas que desestruturam as relações de trabalho – dentre essas práticas, a exposição a jornadas extenuantes, muitas vezes, sem remuneração adequada (Hirata *et al.*, 2009).

O protagonismo feminino fica ainda mais evidente em momentos de pandemias, como no período da Gripe Espanhola, em 1918, e no período da COVID-19, que eclodiu no Brasil em 2020. Nesta última, foi possível reconhecer que as mulheres ocupam funções profissionais essenciais na linha de frente, porém muitas vezes enfrentando adversidades em seu cotidiano de

trabalho, sem o reconhecimento ou a remuneração justa, diante da importância e da indispensabilidade da mulher trabalhadora do/no SUS (Oliveira, 2022, p. 16).

Vale ressaltar que a jornada exaustiva não se limita ao ambiente organizacional, visto que, ainda na interseccionalidade de gênero, enquanto mulher, a trabalhadora também sofre com a responsabilização por múltiplas jornadas dentro e fora de casa, cuidando de usuários, familiares, mas seguindo sem o cuidado e sem a valorização de si, em quaisquer contextos. Cíntia frisa:

> *E quando a dificuldade vem para a trabalhadora ela também vai para a usuária, porque se a gente é um profissional que não está se sentindo bem no que tá fazendo, a gente não vai render muita coisa no trabalho. Então, assim, a questão de ganhar menos, ser pouco vista para cargos de chefia, as jornadas exaustivas. A gente trabalha, a gente mulher que sempre dá conta do Trabalho em si e também da sua casa, muitas vezes é cuidadora, cuida de um pai, cuida de uma mãe, cuida de um filho doente* (Podcast Fale com Agente, 2025b).

Oliveira (2022) acrescenta que as mulheres enfrentam responsabilidades adicionais familiares e domésticas após o trabalho, sofrendo um acúmulo sobre-humano de atividades que as leva ao esgotamento físico e mental, o que prejudica, de forma direta e proporcional, a sua saúde e seu desempenho profissional no cotidiano dos serviços de saúde do SUS.

Além das questões relacionadas às condições de trabalho, a própria estrutura social e cultural influencia as relações interpessoais entre colegas e com as usuárias do SUS. As mulheres, especialmente aquelas que, além dos problemas comuns a todas as mulheres, ainda sofrem preconceito, como as mulheres negras, mães-solo e/ou pessoas LBTQIAPN+. Essas mulheres vivem em constante vulnerabilidade a situações de assédio e discriminação, tanto fora quanto no âmbito interno dos serviços, enquanto trabalhadoras e usuárias dos serviços de saúde.

Cíntia comenta que:

> *[...] a relação patriarcal, machista, de achar que a mulher está ali à disposição e que se você for solteira, for mãe solo, e se você não for casada, você está ali como se fosse um objeto* (Podcast Fale com Agente, 2025b).

As violências identificadas expressam as desigualdades que dificultam o protagonismo das mulheres, sua participação ativa na construção de uma assistência mais justa e inclusiva.

No contexto territorial, contudo, as profissionais têm papel central na articulação de redes de apoio que fortalecem a presença feminina na gestão e no cuidado comunitário. A territorialização, por exemplo, é potente mecanismo que possibilita às agentes comunitárias de saúde descobrirem e fortalecerem parcerias locais, promovendo ações que dialogam com as realidades específicas de cada território.

Como explica Cíntia,

> *[...] a territorialização é um serviço primordial do agente comunitário de saúde. Nessa territorialização a gente descobre os parceiros. Se você tem biodança na sua comunidade, faça biodança* (Podcast Fale com Agente, 2025b).

Essa estratégia tem o potencial de ampliar o protagonismo feminino, ao fortalecer vínculos e ações participativas que favorecem a inclusão social e a expressão de suas vozes na gestão das políticas públicas de saúde.

Para que esse potencial seja plenamente explorado, é necessário, contudo, que se provoquem e se articulem reflexões profundas sobre o papel da gestão na criação de ambientes de trabalho promotores da equidade, da inclusão, da diversidade e do respeito às diferenças. Como ressaltado por Druck (2016), é preciso qualificar os profissionais, para que eles recebam as mulheres sem preconceitos, sem julgamento, promovendo ambientes mais acolhedores e inclusivos. Essa iniciativa é fundamental para o fortalecimento do protagonismo das mulheres que atuam na Atenção Básica, especialmente nas regiões mais vulneráveis, onde as desigualdades se fazem ainda mais presentes.

A temática do protagonismo feminino também está relacionada à luta por direitos e políticas públicas que promovam a igualdade de condições. Cíntia relembra suas experiências de envolvimento em movimentos sociais. Ela destaca:

> *[...] a luta pelos direitos das mulheres está relacionada com a efetivação de políticas públicas capazes de garantir melhores condições de trabalho, reconhecimento e valorização* (Podcast Fale com Agente, 2025b).

Essas ações são essenciais para romper com o patriarcado, que ainda naturaliza a desigualdade, e para fortalecer a autonomia e o protagonismo das mulheres no SUS.

Por fim, é importante reconhecer que o protagonismo das mulheres no SUS não se dá apenas na esfera da atuação profissional mas também na construção de comunidades mais justas e fortalecidas. Como assinala Pialarissi (2017), a divisão sexual do trabalho evidencia que atividades de cuidado, muitas vezes exercidas por mulheres, são subvalorizadas e relegadas a um segundo plano na sociedade. Dessa forma, promover o protagonismo feminino no SUS significa, também, reconhecer e valorizar essas tarefas essenciais na promoção da saúde e bem-estar da população, além de implementar políticas que combatam as atemporais desigualdades de gênero.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equidade de gênero no âmbito do trabalho no SUS enfrenta uma série de obstáculos que dificultam o pleno exercício do protagonismo feminino, muitas vezes agravados por condições de trabalho precarizadas,

desigualdades de gênero, heranças de uma sociedade patriarcal ainda muito presente em seu cotidiano profissional.

Como estratégias de enfrentamento, temos a articulação das mulheres em movimentos sociais, a mobilização junto a grupos sociais no território. Faz-se importante demarcarem-se, ainda, desafios relacionados à necessidade de qualificação da gestão para o estabelecimento da equidade de gênero bem como à superação da precarização do trabalho no âmbito do SUS.

O reconhecimento do protagonismo das mulheres no SUS é condição *sine qua non*, para se provocarem e se realizarem mudanças estruturais na Atenção à Saúde e nas ações voltadas às comunidades. Este capítulo não pretendeu esgotar as questões relacionadas ao protagonismo das mulheres no SUS e que necessitam ser debatidas. Somos múltiplas, e há ainda experiências invisibilizadas de iniquidades vivenciadas por mulheres trans e travestis, mulheres com deficiências, mulheres com transtornos mentais e outras tantas que precisam ser olhadas e (re)conhecidas para a construção de uma justa valorização das trabalhadoras, com base na equidade no trabalho e na educação no SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério das Mulheres. Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. **Relatório anual socioeconômico da mulher: RASEAM**. Ano 7, mar. 2025. Brasília: Observatório Brasil da Igualdade de Gênero/MMULHERES, 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.994, de 9 de outubro de 2024.** Altera o Código Penal e outras legislações. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14994.htm. Acesso em: 06 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança aplicativo para apoiar trabalhadoras do SUS no enfrentamento a situações de violência e discriminação.** Agência Gov, 10 out. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/ministerio-da-saude-lanca-aplicativo-para-apoiar-trabalhadoras-do-sus-no-enfrentamento-a-situacoes-de-violencia-e-discriminacao. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2020/2021.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestaodo- sus/instrumentos-de-planejamento/rag. Acesso em: 06 jun. 2025.

CAMPOS, C. H. A violência baseada no gênero na Lei Maria da Penha: um conceito em disputa**. Rev. Direito e Práx.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 1-17, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2179-8966/2024/72628. Acesso em: 05 jun. 2025.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde** [S.L.], v. 14, n. 1, p. 15-43, nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023. Acesso em: 02 jun. 2025.

HIRATA, H.; LABORIE, F.; LÉ DOARÉ, H; SENOTIER, D. **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

JANU, L.; WELLE, D. **Quem foi Clara Zetkin, a feminista alemã precursora do 8 de março**. G1. Disponível em: https://g1.globo.com/mundo/noticia/2023/03/08/quem-foi-clara-zetkin-a-feminista-alema-precursora-do-8-de-marco.ghtml. Acesso em: 13 jun. 2025.

LISBOA, T. K.; ZUCCO, L. P. Os 15 anos da Lei Maria da Penha. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 30, n. 2, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n286982. Acesso em: 18 mar. 2026

OLIVEIRA, H. S. **Força e vulnerabilidade:** a precarização das trabalhadoras da saúde no SUS durante a pandemia e os desafios na promoção à saúde e prevenção da violência. 2022. 60fl. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/items/854bde3d-4579-4d00-830d-17c21d1188ba . Acesso em: 7 ago. 2025.

PIALARISSI, R. Precarização do trabalho. **Revista de Administração em Saúde**, 2017. Disponível em: https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/download/11/22. Acesso em: 06 jun. 2025.

PEREZ, O. C.; RICOLDI, A. M. A quarta onda feminista no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 31, n. 3, p.e83260, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n383260. Acesso em: 05 jun. 2025.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15- 23, jun. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-44782010000200003. Acesso em: 02 jun. 2025.

PODCAST FALE COM AGENTE: Episódio 08: A importância do 8 de março para as mulheres trabalhadoras do SUS. [Locução de]: Rafael Alves da Silva e Maria Carvalho. Entrevistada: Cíntia Fernanda de Lima. Natal: Escola de Saúde Pública do RN, 06 mar. 2025a. **Podcast**. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=9m3vYMPs5nc&list=PL0A1_qyFHVwzorHxnuSC1EIQs5G5Rhj GT&index=11. Acesso em: 06 jun. 2025.

PODCAST FALE COM AGENTE. Episódio 11: Ser mulher trabalhadora do SUS. [Locução de]: Rafael Alves da Silva e Maria Carvalho. Entrevistada: Cíntia Fernanda de Lima. Natal: Escola de Saúde Pública do RN, 14 mar. 2025b. **Podcast**. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=D8jDPSlt9GY&list=PL0A1_qyFHVwzorHxnuSC1EIQs5G5Rhj GT&index=9. Acesso em: 19 jun. 2025.

Capítulo 7

O ENFRENTAMENTO DO ETARISMO/IDADISMO NO TRABALHO EM SAÚDE

Pablo Vicente Mendes de Oliveira Queiroz
Kívia Laís de Lima Mota
Fernando Alencar Silva Santos
Erika dos Santos Pereira
Maurício Wiering Pinto Telles

1 INTRODUÇÃO

O objetivo principal deste capítulo é discutir o fenômeno do etarismo – também referenciado na literatura como idadismo ou ageísmo –, considerando dois aspectos principais: em primeiro lugar, a dimensão conceitual e, em seguida, a consideração dos atravessamentos históricos implicados na manifestação desse fenômeno.

O termo idadismo, o qual adotaremos a partir deste ponto por ser mais acessível e intuitivo para um público mais amplo, refere-se a um tipo de preconceito e discriminação baseado na idade cronológica dos indivíduos. Tal discriminação pode manifestar-se de diferentes formas, afetando diversas faixas etárias, embora costume incidir com maior intensidade sobre pessoas idosas. Trata-se de um fenômeno estrutural que se expressa em estereótipos, atitudes e práticas institucionais que inferiorizam ou excluem indivíduos em função da idade, produzindo impactos subjetivos, sociais e políticos (Dórea, 2020; Sousa *et al*., 2014). Segundo Dórea (2020), o idadismo configura-se como um "mal universal pouco percebido", naturalizado socialmente e frequentemente invisibilizado nos discursos públicos. Tal invisibilidade, no entanto, não reduz seus efeitos deletérios sobre a cidadania e a dignidade de sujeitos idosos. Como apontam Sousa *et al.* (2014), o idadismo compromete a subjetividade de pessoas idosas, ao reiterar a desqualificação simbólica da velhice. Além disso, Horvath Júnior e Queiroz (2024) ressaltam que o etarismo contraria diretamente o princípio da dignidade da pessoa humana, sendo incompatível com os preceitos constitucionais que prescrevem garantia de igualdade de respeito à diversidade etária.

Para contribuir para a discussão sobre como essa temática se relaciona com as iniquidades no trabalho em Saúde relacionadas à idade, o *podcast* Fale com Agente convidou os professores Dr. Pablo Queiroz, da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e Dr. Kenio Costa de Lima, na ocasião ocupando o cargo de Diretor de Proteção da Pessoa Idosa da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). Nos episódios 06 e 07, foram compartilhadas com o público informações sobre as origens históricas do idadismo, as principais causas, como elas se manifestam no ambiente de trabalho, além de se apresentarem algumas estratégias de enfrentamento para essa realidade.

Diante disso, a fim de sistematização, apresentaremos, nas próximas seções, algumas reflexões teóricas sobre o fenômeno do idadismo e suas repercussões no trabalho em Saúde, fazendo uma interlocução entre os episódios do Fale com Agente. Tais seções estão categorizadas em: o idadismo e suas diferentes formas de manifestação; as influências dos marcadores sociais no idadismo e suas repercussões para a população idosa; e caminhos possíveis para o enfrentamento do idadismo.

2 O IDADISMO E SUAS DIFERENTES FORMAS DE MANIFESTAÇÃO

Para compreender melhor a natureza do preconceito e da discriminação associada ao **idadismo**, é necessário considerar o conceito de **atitudes**, as quais podem ser compreendidas como avaliações ou julgamentos realizados por indivíduos ou grupos, em relação a determinados objetos sociais. Tais julgamentos resultam de processos afetivos e cognitivos organizados em sistemas, muitas vezes implícitos, que orientam condutas e comportamentos.

Conforme aponta Neri (2007), uma característica importante das atitudes é sua função preditiva em relação ao comportamento: fornecer informações que embasam e orientam a execução de determinadas ações. As atitudes podem se manifestar de maneira **explícita** ou **implícita**. As **atitudes implícitas** operam geralmente com baixos níveis de consciência; os indivíduos não percebem claramente que estão se guiando por elas. Já as **atitudes explícitas** estão mais acessíveis à consciência, possibilitando aos indivíduos maior compreensão sobre como essas avaliações influenciam suas ações (Asch, 1971; Neri, 2007). As **atitudes implícitas** podem ser exemplificadas por meio

de um registro[1] do professor Kenio Costa de Lima no episódio 07 em que foi entrevistado:

> *Tem questões de adaptações tecnológicas, dessas atualizações de modo geral, e via de regra como as pessoas idosas têm um tempo diferente de aprendizado [...] então elas vão ficando à margem da sociedade* (Prof. Kenio de Lima. *Podcast* Fale com Agente, 2025b).

Já as **atitudes explícitas** são identificadas, segundo o Professor Pablo Queiroz:

> *Tem uma forma de preconceito etário contra os idosos que é a infantilização desse idoso, a minha forma de lidar com você é infantilizar você. Então, imagina um idoso chegando num espaço de saúde para buscar preservativo: "Ah, vovô, é para o seu netinho?" [...] Então infantiliza esse idoso e esquece que é uma pessoa que tá ali* (*Podcast* Fale com Agente, 2025a).

1 As falas dos participantes/entrevistados serão registradas em itálico para fazer a distinção entre as citações diretas e recuadas de fontes teóricas. Todas as transcrições desses discursos foram feitas *ipsis litteris*, a fim de manter sua fidedignidade.

Um aspecto relevante no trecho destacado está na ilustração de um apagamento simbólico, contexto em que o desejo e a vida sexual do idoso são desconsiderados, substituídos por uma imagem estereotipada de fragilidade e dependência, uma vez que há uma suposição de que o preservativo seria para o neto. Ao tratar o idoso como alguém assexuado ou incapaz de exercer sua autonomia afetiva e sexual, a sociedade nega sua condição plena de sujeito. Essa realidade é percebida por pessoas idosas como uma forma de discriminação social, ainda que para outras pessoas desse público as barreiras relativas a essa temática estejam sendo quebradas, conforme achados do estudo de Vieira, Coutinho e Saraiva (2016). Por isso, aprofundar o debate acerca da sexualidade na velhice torna-se fundamental para o enfrentamento dos preconceitos e discriminações à população idosa.

A perspectiva de atitudes proposta por Asch (1971) destaca a importância das impressões e julgamentos sociais na construção de relações interpessoais e no modo como percebemos os outros. O reconhecimento desses mecanismos é fundamental para desvelar o funcionamento sutil do idadismo nas práticas sociais e institucionais.

Para entender como se configura socialmente o mecanismo das atitudes e estereótipos presentes no fenômeno do idadismo, é necessário retomar alguns elementos fundamentais de sua constituição. O primeiro ponto a destacar é que o idadismo afeta principalmente as pessoas mais velhas. Segundo nosso entrevistado:

> *Idadismo é preconceito contra aquela idade que a pessoa tem. Então, por exemplo, se você tem uma pessoa mais velha e ela tem um preconceito contra a mais jovem, isso é idadismo. Mas, via de regra, o que é mais pernicioso é, de fato, esse preconceito contra as pessoas idosas* (Prof. Kenio de Lima. *Podcast* Fale com Agente, 2025b).

A velhice constitui, portanto, o principal alvo das atitudes preconceituosas e dos estereótipos relacionados a esse fenômeno. Compreender o idadismo exige revisitar momentos e marcos históricos que permitam entender como diferentes sociedades estabeleceram suas relações com o processo de envelhecimento humano (Reis; Facc, 2020). Ao longo da história, especialmente no contexto da cultura ocidental, observa-se uma representação ambivalente da velhice, ainda que predominem associações negativas. A velhice é frequentemente

vinculada ao fim da vida, à perda da função social, à decadência física e, com isso, a sentimentos de angústia e temor, sobretudo entre os próprios idosos. Essas representações são tão arraigadas que persistem até os dias atuais (Reis; Facc, 2020). Apesar das associações negativas, também se encontram na história representações positivas da velhice, como a valorização da sabedoria, do conhecimento acumulado e do respeito social (Mascaro, 2004).

> *As formas de preconceito e discriminação, surgem em determinados momentos históricos. Eles dialogam com as condições que estão postas na sociedade. Então se a gente analisa do ponto de vista do próprio conceito de envelhecimento, de como a sociedade ao longo da história vai se relacionar com esse processo, tem um atravessador demográfico que é extremamente importante de se considerar, que são as taxas de mortalidade* (Prof. Pablo Queiroz. *Podcast* Fale com Agente, 2025a).

Na Grécia Antiga, a expectativa de vida era bastante baixa, e a velhice, cronologicamente, era atribuída a quem tivesse em torno dos 40 anos de idade (Legoff, 2008). Tratava-se de um contexto histórico

marcado por guerras constantes, em que as taxas de mortalidade eram altas. Assim, as pessoas que superavam a marca dos 40 anos eram consideradas idosas (Castro; Barros, 2002). Esse contexto social, cuja tônica eram as guerras, produzia um arcabouço simbólico em que a força física e a juventude eram altamente valorizadas, produzindo também um paradoxo com as pessoas consideradas idosas.

A ambivalência da relação com a velhice observada na Grécia antiga consistia na consideração de que, embora essa fase da vida humana fosse vista com reservas em razão das perdas físicas, também havia reconhecimento da sabedoria dos mais velhos. Jovens eram incentivados a respeitar e a aprender com os idosos, pois chegar à velhice era considerado um feito que exigia resistência e inteligência. Além disso, cargos políticos importantes eram reservados aos mais velhos – exemplo disso era o conselho de anciãos espartano, do qual só podia participar aquele que atendesse, entre outros critérios, ao de ter mais de 40 anos (Castro; Barros, 2002; Mascaro, 2004; Dardengo; Mafra, 2018). Esse cenário mostra como a relação entre sociedade e velhice é condicionada pelas circunstâncias materiais e simbólicas de cada época.

> *Nessas sociedades a questão política era muito direcionada para os idosos. [...] Para que alguém pudesse fazer parte do Senado romano ele precisaria ter uma determinada idade, que naquele momento já seria considerada como uma pessoa idosa, uma pessoa mais madura. Então, isso vai fazendo a gente entender que essa manifestação do etarismo vai dialogar com as condições históricas de cada momento que a gente está vivendo* (Prof. Pablo Queiroz. *Podcast* Fale com Agente, 2025a).

Essa visão positiva pode ainda ser observada na sociedade hebraica. A pessoa idosa era considerada detentora de sabedoria e, por isso, ocupava posições de liderança nas tribos e nas famílias. Personagens bíblicos, como Abraão, ilustram a valorização dos idosos como transmissores da memória coletiva. A velhice era interpretada como sinal de bênção divina, uma vez que a longevidade era vista como graça reservada a poucos – o que também revela a influência da religiosidade na construção simbólica da velhice (Mascaro, 2004; Oliveira; Doronin, 2016; Dardengo; Mafra, 2018).

Com a queda do Império Romano, ocorre uma reconfiguração da relação com a velhice. A juventude passa a ser mais valorizada, enquanto o idoso perde

prestígio social. Durante a Idade Média, a vida era extremamente difícil para os que não pertenciam às classes dominantes. Vassalos e camponeses viviam sob condições precárias, precisando despender muito esforço físico no trabalho rural. Nessas condições, os idosos eram excluídos da produção e, por conseguinte, passaram a ser vistos como um peso social (Mascaro, 2004; Dardengo; Mafra, 2018). Também nesse ponto, pode-se observar como as condições de produção da época exercem um efeito nas relações simbólicas, relativas à compreensão da velhice.

Na Idade Média, a expectativa de vida seguia baixa, e os idosos continuavam a ser situados a partir dos 40 anos. A velhice, nesse contexto, era marcada por uma imagem negativa, que se reforçava com o surgimento de práticas voltadas ao rejuvenescimento, como o uso de poções e ervas, elementos que ainda ressoam nas práticas contemporâneas da indústria cosmética e farmacêutica. O ideal de juventude e beleza passa a sobrepor-se ao reconhecimento da experiência e sabedoria acumuladas com o tempo (Mascaro, 2004).

A partir do século XVIII começam a ocorrer mudanças significativas, especialmente no campo da demografia. O surgimento de práticas de higiene e saúde pública na Europa promove um aumento da expectativa

de vida. Ainda assim, os idosos enfrentavam dificuldades, pois as exigências físicas do trabalho continuavam elevadas. Entre as classes menos favorecidas, os idosos eram frequentemente vistos como um fardo, dependentes do cuidado familiar. Já nas classes mais abastadas, a velhice começava a ser ressignificada como símbolo de nobreza e de união familiar, imagem que perduraria nos séculos XIX e XX (Mascaro, 2004).

A Revolução Industrial, no século XIX, constitui outro marco importante. O êxodo rural, as inovações tecnológicas e os avanços científicos trouxeram melhorias para a saúde pública e ampliaram a expectativa de vida. Os idosos das classes populares continuavam, no entanto, em situação de vulnerabilidade. Aqueles que já não podiam trabalhar eram, frequentemente, abandonados ou dependiam totalmente da caridade familiar. O recorte de classe, a partir desse momento, torna-se cada vez mais relevante para se compreenderem as desigualdades na velhice (Castro; Barros, 2002; Mascaro, 2004).

No contexto atual, compreender a concepção de velhice e as atitudes pessoais e sociais em relação às pessoas idosas requer uma análise atenta das condições materiais e dos modos de produção próprios de nossa época. Vivemos em uma sociedade que

valoriza de maneira exacerbada a produtividade, o desempenho em condições exaustivas de trabalho, a produção em série e a constante renovação de produtos e informações em uma velocidade sem precedentes. Nesse cenário, são privilegiados atributos como resistência física e capacidade de adaptação ao novo, enquanto a experiência acumulada e a sabedoria são frequentemente desconsideradas. Assim, perpetua-se um paradoxo entre juventude e velhice, em que a juventude é supervalorizada e a velhice desvalorizada, dificultando a inserção das pessoas idosas nas dinâmicas sociais contemporâneas (Reis; Facci, 2016).

> *No trabalho* é extremamente importante fazer a *inclusão dessa pessoa, para que ela seja partícipe de todo o processo. [...] E se no trabalho, na organização do serviço, eu tenho atitudes idadistas, quando eu não incluo a pessoa, ou eu, especificamente, não levo em consideração o que essa pessoa fala, ou age, ou pensa, considerando que essa pessoa tem uma grande experiência no trabalho, ou tem já um tempo de trabalho [...] Então, assim, o que a gente precisa é, especificamente, incluir essa pessoa, fazer essa discussão, esse debate, e protagonizar essa pessoa no trabalho também. Porque, talvez ela não consiga*

> *fazer uma atividade que seja ultra, mega tecnológica. Mas tem outras atividades, tecnologias leves, que essa pessoa vai poder fazer tranquilamente* (Prof. Kenio de Lima. *Podcast* Fale com Agente, 2025b).

O trabalho, nesse modelo, assume um papel central na vida das pessoas, sendo estruturante das relações sociais, da autoimagem e da identidade pessoal. A velhice, compreendida como um momento de saída do mundo do trabalho, simboliza também desligamento de um espaço social que é construído e idealizado desde a infância, com vistas à integração plena na vida produtiva. Desde cedo, somos ensinados a aspirar a uma identidade vinculada ao trabalho: na infância, com a clássica pergunta "O que você quer ser quando crescer?"; na adolescência, com a preparação para o mercado de trabalho; e, na vida adulta, com a consolidação de vínculos laborais como eixo de sobrevivência e reconhecimento social. A chegada à velhice, marcada pela aposentadoria e, muitas vezes, pelo desligamento compulsório das atividades laborais, representa, portanto, um afastamento simbólico e prático de um dos principais eixos de valorização social. Para muitos idosos, esse processo gera um sentimento de desconexão e esvaziamento, uma vez que o

trabalho é um dos principais elementos de agregação social e de construção identitária (Reis; Facci, 2016).

> *Se a gente não reflete essas dimensões no ambiente de trabalho, a gente não pensa nas suas consequências, como isso pode acontecer, a gente não transforma a nossa prática, e se a gente não transforma a nossa prática a partir do conhecimento a gente vai perpetuar essas violências contra os idosos* (Prof. Pablo Queiroz. *Podcast* Fale com Agente, 2025a).

Considerando os conceitos de idadismo já apresentados bem como as reflexões sobre estereótipos e atitudes e o resgate histórico que permite compreender as raízes do preconceito e da discriminação dirigidos às pessoas idosas, a professora Anitta Neri contribui, por meio da obra *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade* (Neri, 2007), para o entendimento das particularidades do preconceito etário no contexto brasileiro. Uma consideração importante feita pela autora é que o idadismo direcionado aos idosos nem sempre se manifesta por meio de estereótipos abertamente negativos. Em nossa sociedade, esse preconceito assume formas peculiares, expressando-

se, muitas vezes, por meio de estereótipos de caráter compassivo.

Apesar de parecerem positivos à primeira vista, esses estereótipos carregam uma simbologia implícita que associa a velhice à dependência e à incapacidade. Como resultado, consolidam práticas sociais de cunho paternalista e políticas públicas de caráter excessivamente protecionista, que reforçam a ideia, ainda que de forma sutil, de que os idosos representam um fardo para a sociedade. Essa lógica se manifesta, inclusive, em legislações destinadas à proteção dos direitos das pessoas idosas, que partem de uma premissa implícita de fragilidade e sobrecarga social (Neri, 2007).

Nesse contexto, é necessário refletir sobre as formas como a discriminação etária ocorre. Para Neri (2007), um exemplo emblemático é o chamado preconceito positivo. Esse tipo de manifestação ocorre quando há uma supervalorização artificial de atributos considerados positivos, com a finalidade de mascarar julgamentos negativos. Ao emitir comentários excessivamente elogiosos e desproporcionais à realidade – ao se comentar, por exemplo, com um idoso que este possui vigor físico comparável ao de um atleta profissional – , transmite-se, de forma velada, uma mensagem de descrédito. O idoso, diante desse tipo

de discurso, pode se sentir confuso, percebendo que a fala não é genuína e que existe, por trás da aparente valorização, um conteúdo discriminatório implícito.

Outro processo de grande relevância na análise do idadismo é a naturalização do preconceito, em relação às pessoas idosas. Esse fenômeno ocorre quando práticas discriminatórias tornam-se tão corriqueiras e sutis que nem mesmo os próprios idosos percebem que estão sendo alvo de preconceito. Muitas vezes, essa naturalização se expressa por meio de falas aparentemente afetuosas ou bem-intencionadas, como o uso de termos como "velhinho", "vovozinha" ou "tia", que, embora carreguem uma conotação de carinho, podem ocultar uma rejeição simbólica à velhice e um distanciamento em relação à pessoa idosa como sujeito pleno (Neri, 2007).

Além disso, o uso de eufemismos como "melhor idade", "idade legal" ou expressões como "gatão de meia-idade" também constitui uma forma de disfarçar o desconforto coletivo com a velhice e de negar as características reais desse período da vida. Esses termos tendem a suavizar, esconder ou até ridicularizar os efeitos do envelhecimento, o que contribui para a manutenção de estereótipos e para o esvaziamento simbólico da identidade idosa. O resultado é um processo

de infantilização, no qual os idosos passam a ser tratados com condescendência, em tom de brincadeira ou de diminuição, o que impacta diretamente sua autonomia e reconhecimento social. Essa abordagem desconsidera suas demandas reais e pode levar à sua despersonalização, restringindo sua participação ativa e legítima na vida social.

3 AS INFLUÊNCIAS DOS MARCADORES SOCIAIS NO IDADISMO E SUAS REPERCUSSÕES PARA A POPULAÇÃO IDOSA

> *Todo mundo vivencia igualmente a velhice? Por exemplo, uma pessoa que está exposta a condições de trabalho que são muito insalubres, que são muito pesadas, que geram um desgaste muito grande ou que precisam trabalhar três turnos para se manter e manter a sua família. Ela vai ter a mesma condição de vida e de longevidade, por exemplo, que vai ter alguém que tem um acesso à saúde, que pode fazer atividade física, que tem acesso a uma alimentação saudável? Na verdade a gente não pode falar em velhice, a gente tem que pensar*

> *em velhices (Prof. Pablo Queiroz. Podcast Fale com Agente, 2025a).*

O fenômeno do idadismo é atravessado por questões de classe social. Muitos idosos de classes menos favorecidas permanecem no mercado de trabalho, porém em condições precárias, o que não só dificulta a valorização de suas trajetórias como também reforça a desvalorização social da velhice. Assim, predomina na sociedade atual uma visão negativa das pessoas idosas, que se expressa tanto em atitudes quanto em práticas sociais que marginalizam ou ignoram suas contribuições e necessidades (Reis; Facci, 2016).

> *[...] Muitas vezes não há um reconhecimento da pessoa que passou uma vida inteira contribuindo para uma sociedade, mas é apresentado como um peso. É sempre a pessoa que está em situação de vulnerabilidade e que precisa da proteção do estado, como se essa pessoa não tivesse tido uma história importantíssima para o desenvolvimento dessa sociedade no contexto em que ela estava inserida* (Prof. Pablo Queiroz. *Podcast* Fale com Agente, 2025a).

Em um estudo, Gomes *et al.* (2021) analisaram marcadores de autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. Nos resultados, identificaram que idosos com escolaridade de ensino médio completo e superior incompleto possuíam três vezes maiores chances de percepção positiva da saúde, em relação aos idosos sem o nível fundamental completo. Esses dados representam as múltiplas determinações sociais que exemplificam as "velhices" destacadas pelo professor Pablo Queiroz no episódio 06 do Fale com Agente.

Quando analisamos a questão racial, podemos observar que esse marcador social também representa uma importante influência no modo de envelhecer da população brasileira. Como destacado por Rabelo *et al.* (2018), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do ano de 2012, evidenciou que a maioria das pessoas, na fase de velhice, são brancas, uma vez que 55,3% de nossa população é assim identificada, fazendo-se, portanto, um contraponto ao número de pessoas negras com idade acima de 65 anos, as quais correspondem a 43,5% da população.

Ademais, o gênero é um marcador indispensável para pensar experiências de envelhecimento e compreender parte dos mecanismos que amparam

concepções depreciativas do envelhecer. É essencial refletir sobre como as relações de gênero produzem e reproduzem diferentes atitudes, práticas e representações, uma vez que estas, enquanto construções sociais de formas de dominação e subordinação, têm resultado, historicamente, em trajetórias sociais diferenciadas para o homem e para a mulher, determinando diferentes representações e atitudes em relação à condição de velho(a) (Motta, 1999).

Debert (1994) comenta que as mulheres na velhice experimentariam uma situação de dupla vulnerabilidade, enfrentando dois tipos de discriminação: enquanto mulher e enquanto idosa. O valor da mulher, em quase todas as sociedades, é atribuído exclusivamente ao seu papel reprodutivo e de cuidado das crianças, logo a sua passagem à velhice seria marcada pelo desprezo e desdém.

> *Na hipervalorização da juventude, faz-se um paradoxo de desvalorização do idoso ou do velho, do que é antigo, do que é velho* (Prof. Pablo Queiroz. Podcast Fale com Agente, 2025a).

Para Debert (2010), a juventude perde a conexão com um grupo etário específico e torna-se um valor a ser atingido e mantido, independentemente da idade, mediante o consumo de bens e serviços que se conformam a esse fim. Enquanto isso, a velhice ganha um sentido também desconectado do processo natural relacionado a uma faixa etária específica, passando a ser vista negativamente, como um descuido com o corpo, falta de motivação para a vida e expressão de doença. Neste sentido, as expectativas e cobranças de uma ilusória juventude eterna recaem de modo muito mais intenso sobre as mulheres.

4 CAMINHOS POSSÍVEIS PARA O ENFRENTAMENTO DO IDADISMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem se constituído como uma estratégia de transformação do processo de trabalho, por meio da construção de espaços de aprendizagem no cenário de atuação profissional. Em outras palavras, a EPS visa promover um processo educativo na realidade do trabalho, com o objetivo de que esse trabalho seja modificado ou aprimorado. A responsabilidade do SUS em fomentar o processo

formativo nos seus serviços de saúde está prevista na Lei 8.080 – a Lei Orgânica da Saúde –, mas ganhou maior notoriedade com a aprovação e implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2004, a qual tem por objetivo qualificar o trabalho, formulando estratégias de aprendizagem significativa (Brasil, 2004).

Considerando esse contexto, o principal caminho enfatizado pelos entrevistados do *podcast* Fale com Agente, para o enfrentamento do idadismo foi a capacitação profissional, que pode ser promovida, sobretudo, na perspectiva da EPS.

> *Então os serviços públicos, eu acho que uma das primeiras questões passa por capacitar os seus profissionais para lidar com as pessoas idosas como pessoa, primeiro como pessoa [...] e um combate a esse preconceito. [...] primeiro a partir da construção de uma consciência sobre isso, e uma consciência de que o ciclo vital é inteiro, eu sou jovem hoje, eu sou o idoso de amanhã* (Prof. Kenio de Lima. *Podcast* Fale com Agente, 2025b).

> *Tem duas estratégias muito fortes que a gente precisa fazer para combater isso em nível de trabalho, a educação para o envelhecimento, isso precisa estar*

> *discutido em todas as profissões [...] E pensar em práticas intergeracionais no trabalho, no mundo do trabalho, fazer esse entrelace das gerações diferentes, que têm experiências diferentes, que têm trajetórias diferentes, histórias de vida diferentes* (Prof. Pablo Queiroz. *Podcast* Fale com Agente, 2025a).

Como apontado pelo professor Pablo Queiroz, além dos processos formativos para atuar com a temática do envelhecimento, as práticas intergeracionais também podem ser adotadas como ferramenta de enfrentamento ao idadismo. Tais práticas se referem a iniciativas que promovem a interação entre diferentes gerações, visando à troca de conhecimentos, experiências e valores. A partir de uma revisão, Lommez *et al.* (2024) concluíram que a formulação e adoção de programas e práticas intergeracionais, viabilizadas por políticas públicas, são fundamentais para a garantia de seu financiamento e execução. Isso significa dizer que, para que tais práticas sejam efetivadas nos serviços de saúde, é essencial que o SUS assuma o protagonismo para a consolidação dessa estratégia, por meio de políticas específicas.

No que se refere às políticas públicas, o Professor Pablo Queiroz acrescenta, ainda, a necessidade de que as que abordam a questão do envelhecimento sejam

transversais, de modo a considerar as necessidades do público idoso.

> *Pensando numa lógica de gestão e de políticas públicas, o envelhecimento tinha que ser transversal em todas as políticas públicas. A gente precisa discutir essa transversalidade do envelhecimento em todas as políticas públicas, porque quando você vai olhar o desenho de uma política pública, quando o gestor pensa em algo específico ele ignora a questão do envelhecimento [...] o idadismo é tão arraigado que você não consegue se identificar como uma pessoa idosa [...] via de regra, é uma fase da vida, mas as pessoas não se reconhecem como tal. Então assim, os gestores numa política pública não tem abordagens sobre o envelhecimento. Então como é que ele poderia trazer isso? trazer essa discussão, pensar em estratégias de políticas de saúde, de educação, de segurança pública* (Prof. Pablo Queiroz. *Podcast* Fale com Agente, 2025a).

A compreensão do envelhecimento na sociedade contemporânea tem assumido uma perspectiva biomédica, na qual apenas os aspectos biológicos e cronológicos são enfatizados, deixando de lado dimensões sociais e culturais. Essa visão reducionista

limita a formulação de políticas públicas mais abrangentes (Teixeira, 2020). Outro aspecto ressaltado por Teixeira (2020) é a falta de diálogo entre diferentes áreas do conhecimento sobre o envelhecimento. O autor ainda destaca que o fenômeno é frequentemente tratado de forma fragmentada, sem uma abordagem integrada que considere suas múltiplas dimensões. Sendo assim, alinhada ao que foi compartilhado pelo Professor Pablo Queiroz, essa perspectiva aponta para a defesa da formulação de políticas públicas que considerem a complexidade do envelhecimento e suas implicações sociais, de forma transversalizada.

> *A gente tem que pensar na constituição de uma rede de atenção à pessoa idosa, não só em relação à saúde, mas às outras políticas de um modo geral, porque também a saúde não vai dar conta sozinha. A saúde, ela trabalha com uma lógica especificamente, mas por exemplo, tem que tá em conjunção com a assistência social, segurança pública, moradia, trabalho e renda, infraestrutura, pensar em toda essa lógica. Porque, caso contrário, o que é que vai acontecer com as pessoas idosas? Elas vão ficar aí, à míngua, morrendo, e muitas vezes vão para os hospitais e não saem mais de lá* (Prof. Pablo Queiroz. *Podcast* Fale com Agente, 2025a).

Os caminhos apresentados são alguns possíveis para a superação de um cenário de iniquidade no trabalho em Saúde no que se refere ao idadismo. Esses caminhos, no entanto, também podem ser trilhados para construir uma sociedade justa, inclusiva e solidária, de respeito às diferenças – neste caso, especificamente, às que concernem à idade. Para garantir um SUS inclusivo e equânime, torna-se imprescindível, portanto, a participação efetiva da sociedade na proposição e formulação de políticas públicas democráticas que repercutam, também, no desenvolvimento de ambientes saudáveis para as trabalhadoras e trabalhadores de todas as idades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões sobre o idadismo apresentadas ao longo deste capítulo deixam claro que o preconceito à idade é um fenômeno estrutural, construído historicamente e enraizado socialmente, afetando, na atualidade, especialmente as pessoas idosas. Longe de se limitar a atitudes isoladas, o idadismo se expressa nas instituições, discursos e práticas cotidianas, sendo reforçado por marcadores sociais como classe, raça e gênero.

Dessa forma, compreender os diferentes modos de manifestação idadistas, inclusive suas expressões aparentemente positivas, é fundamental para desconstruir estereótipos e promover o reconhecimento da pessoa idosa como sujeito pleno de direitos, saberes e experiências. Vale salientar que a infantilização, a condescendência e o apagamento simbólico da velhice são formas sutis de exclusão social e profundamente nocivas a esse público.

Diante disso, o enfrentamento exige uma atuação integrada e permanente, inclusive no campo do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, a educação permanente em saúde e as práticas intergeracionais se apresentam como caminhos potentes para a transformação da cultura institucional e para a valorização da diversidade etária.Tais estratégias serão, portanto, efetivas, quando acompanhadas de construção e apoio de políticas públicas que cheguem nas formas transversais e intersetoriais, incorporando, de fato, a questão do envelhecimento nas organizações e ambientes da nação.

Assim, é necessário buscar a promoção da cultura de respeito à velhice, como um compromisso ético, político e social. Nesse contexto, além de reconhecer as iniquidades vivenciadas pelas pessoas idosas, é

preciso construir práticas e ações que afirmem sua dignidade, autonomia e protagonismo. Nesse processo, os trabalhadores e gestores do SUS são convidados a refletir sobre seu papel na edificação de ambientes mais justos, inclusivos e saudáveis para todas as idades.

REFERÊNCIAS

ASCH, S. [1952] **Psicologia social**. Tradução de: Dante Moreira Leite e Miriam Moreira Leite. São Paulo: Editora Nacional, 1971.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, p. 37–41, 14 fev. 2004.

CASTRO, A. D. de.; BARROS, M. L. de. Velhice e envelhecimento: uma abordagem histórico- cultural. *In*: FREITAS, Evaldo Vitorino de; PY, Ligia (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 37–48.

DARDENGO, C. F. R.; **MAFRA, S.C.T.** *Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação?* **Revista de Ciências Humanas**, v. 18, n. 2, p. 1–23, 2018. Disponível em: https://locus.ufv.br/handle/123456789/33482. Acesso em: 11 fev. 2026.

DEBERT, G. G. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. **Horizontes Antropológicos**, v. 16, p. 49–70, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-71832010000200003. Acesso em: 07 jun. 2025.

DEBERT, G. G. Gênero e envelhecimento. **Revista Estudos Feministas**, v. 2, n. 3, p. 33, 1994. Disponível em: https://www.proquest.com/scholarly-journals/genero-e-envelhecimento/docview/1957500456/se-2?accountid=26614. Acesso em: 07 jun. 2025.

DÓREA, E. L. **Idadismo:** um mal universal pouco percebido [recurso eletrônico]. São Leopoldo, RS: Ed. UNISINOS, 2020. (Coleção Aldus; 49). ISBN 978-65-87032-14-6.

GOMES, M. M. F.; ALMEIDA, M. N. de.; OLIVEIRA, E. do V. Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02851, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02851. Acesso em: 07 jun. 2025.

HORVATH JÚNIOR, M.; QUEIROZ, V. M. C. Etarismo à luz do princípio da dignidade da pessoa humana. **Revista Brasileira de Direito Social**, v. 7, n. 1, p. 95–110, 2024. E-ISSN 2595-7414. Disponível em: https://rbds.ieprev.com.br/rbds/article/view/271. Acesso em: 07 jun. 2025

LE GOFF, J. **Em busca do tempo sagrado:** Jacques Le Goff analisa a história e a memória. São Paulo: Civilização Brasileira, 2008.

LOMMEZ, I.; MADEIRA, J.; HORTA, N.; SOUZA, M.C.; FERNANDES, M.T. Intergeracionalidade e envelhecimento

na interface das políticas públicas: revisão integrativa. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 29, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.22456/2316-2171.129050. Acesso em: 07 jun. 2025.

MASCARO, A. **A velhice nas culturas:** história, sociedade, simbolismo. São Paulo: Contexto, 2004.

MOTTA, A. B. da. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**, n. 13, p. 191–221, 1999. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635327. Acesso em: 07 jun. 2025.

NERI, A. L. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. *In*: NERI, Anita Liberalesso (org.). **Idosos no Brasil:** vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; Edições SESC SP, 2007. p. 35–55.

OLIVEIRA, T. F. de S.; DORONIN, J. de A. F. Conceitos de velhice e seus estigmas ao longo da história. *In*: SEMINÁRIO SOBRE GÊNERO, 2., 2016, Paraná. **Anais [...]** Paraná: UNESPAR, 2016. Disponível em: https://www.unespar.edu.br. Acesso em: 20 mai. 2025.

PODCAST FALE COM AGENTE. Episódio 06: As origens e as repercussões do etarismo no contexto do trabalho. [Locução de]: Alisson Pereira de Paiva e Maria Carvalho. Entrevistado: Pablo Queiroz. Natal: Escola de Saúde Pública do RN, 30 jan. 2025a. **Podcast**. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ClTbyErbuYs&list=PL0A1_qyFHVwzorHxnuSC1EIQs5G5RhjG T&index=17. Acesso em: 07 ago. 2025.

PODCAST FALE COM AGENTE. Episódio 07: O enfrentamento do etarismo por meio de políticas públicas. [Locução de]: Alisson Pereira de Paiva e Maria Carvalho. Entrevistado: Kenio Costa de Lima. Natal: Escola de Saúde Pública do RN, 13 fev. 2025b. **Podcast**. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=oWf0IDG9QSE&list=PL0A1_qyFHVwzorHxnuSC1ElQs5G5Rh jGT&index=16. Acesso em: 07 ago. 2025.

REIS, C. W. dos; FACCI, M. G. D. A velhice sob o enfoque da psicologia histórico-cultural. *In*: MARTINS, Lílian Maria; ABRANTES, Amanda Aparecida; FACCI, Marilda Gonçalves Dias (org.). **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico:** do nascimento à velhice. Campinas, SP: Autores Associados, 2016. p. 293–318. (Coleção Educação Contemporânea).

SOUSA, A. C. S. N. de; ARAÚJO, L. da S.; RIBEIRO, R. C. Alguns apontamentos sobre o idadismo: a posição de pessoas idosas diante desse agravo à sua subjetividade. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 853-877, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.22456/2316-2171.50435. Acesso em: 07 jun. 2025.

TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. **Serviço Social & Sociedade**, p. 135-154, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0101-6628.205. Acesso em: 07 jun. 2025.

VIEIRA, R. S. S.; COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. Representações sociais da sexualidade na velhice. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 1, p. 196–209, 2016. Disponível em:

https://doi.org/10.1590/1982-3703002392013. Acesso em: 11 fev. 2026.

Capítulo 8

EQUIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE: COMPREENSÃO, EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS PARA SUA EFETIVAÇÃO

Maurício Wiering Pinto Telles
Carla Luiza Cândido de Carvalho Freire
Alessandro Galvão de Brito
Erika dos Santos Pereira
Avânia Dias de Almeida

1 INTRODUÇÃO

A compreensão sobre a equidade é de grande relevância para a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) que atenda às reais necessidades de saúde da população brasileira, como demonstram diferentes estudos disponíveis na literatura. Adicionalmente, o seu entendimento também nos leva a refletir sobre as desigualdades enfrentadas no cotidiano do trabalho

do SUS, visto que a experiência de produzir saúde nos serviços atravessa desafios diferentes para quem atua em tal sistema. Nesse contexto, considera-se que os marcadores sociais, como raça, etnia, classe social, gênero, orientação sexual, deficiência e idade, podem influenciar de diferentes formas o processo de trabalho em Saúde.

Diante disso, cabe ao SUS, por meio de políticas públicas, enfrentar as iniquidades vivenciadas pelas trabalhadoras e trabalhadores que o compõem. Aqui, entende-se por trabalhadores de Saúde todos aqueles que atuam nos serviços e estabelecimentos de saúde, desde o profissional de nível superior até os técnicos, recepcionistas, motoristas, maqueiros e auxiliares de serviço geral. Sendo assim, ao observar essa força de trabalho diversa e multifacetada e as desigualdades historicamente produzidas na sociedade brasileira, torna-se possível inferir os desafios que enfrenta o SUS para promover um ambiente de trabalho seguro, acolhedor e equânime para seus trabalhadores.

Os desafios, entretanto, não devem ser imobilizadores, e as políticas e programas desenvolvidos para intervir nesse cenário devem ser visibilizados, compartilhados e ampliados, como forma de promover a justiça social no trabalho em saúde. Neste sentido,

o objetivo deste capítulo é partir da análise de dois episódios do *podcast* Fale com Agente que tiveram como temas “Caminhos para a promoção da equidade no trabalho em saúde” e “Integração ensino- serviço-comunidade para a promoção da equidade no trabalho em saúde ”, para sistematizar o conceito de equidade e sua relação com o trabalho em saúde. Além disso, propomo-nos a analisar estratégias no âmbito do estado do Rio Grande do Norte, as quais intervêm sobre o cenário das iniquidades, bem como os desafios encontrados para sua implementação. Por meio dessa sistematização e análise, busca-se apontar direções possíveis para o fortalecimento de políticas públicas voltadas para o enfrentamento das iniquidades no trabalho no SUS.

2 A EQUIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE: O QUE SÃO AS INIQUIDADES E COMO ELAS SE EXPRESSAM

As iniquidades em saúde referem-se a diferenças sistemáticas, evitáveis e desnecessárias no estado de saúde entre grupos populacionais distintos,

frequentemente causadas por determinantes sociais, econômicos e ambientais. Tais desigualdades são consideradas injustas e evitáveis, se houver políticas públicas adequadas. A literatura aponta que o conceito de equidade parte do princípio de que é preciso tratar de forma desigual os desiguais, com o intuito de garantir o acesso universal e justo aos serviços de saúde (Brasil, 2023a).

O Sistema Único de Saúde brasileiro tem adotado a equidade como forma de orientar as práticas fundamentadas na justiça social, visando garantir o cuidado preferencial às pessoas e a grupos sociais que desse cuidado mais necessitam, por meio de políticas, programas, projetos e ações prioritárias. O campo da saúde coletiva tem contribuído na análise e proposições de estratégias equânimes na Saúde, com o objetivo de destacar que as desigualdades nessa seara só serão superadas por meio do reconhecimento da saúde como direito de cidadania e priorizando as necessidades como categoria essencial para a promoção da justiça (Barros; Sousa, 2016). Essa perspectiva se fundamenta na ideia de que o perfil de saúde é diferente entre nações e entre grupos da mesma nação, sendo a iniquidade elemento reforçador de uma diferença desnecessária, evitável e injusta (Albrecht; Rosa; Bordin, 2017).

A fim de discutir este entre outros assuntos relacionados à Saúde, implementou-se o *podcast* Fale com Agente. Em seu episódio 04 (2025a), tivemos a participação de Avânia Dias de Almeida, que foi coordenadora de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde na Secretaria de Estado da Saúde Pública no Rio Grande do Norte, a qual salienta que "a equidade propõe tratar desigualmente os desiguais, na medida da sua desigualdade, com o intuito de promover justiça social e também de assegurar os direitos humanos dos diversos grupos dos trabalhadores da saúde"[1].

Neste sentido, conforme destacado pela entrevistada, a iniquidade também pode ser manifestada no trabalho em saúde, o que torna necessário criar estratégias de promoção de seu oposto, ou seja, a equidade. No contexto das iniquidades, Avânia destaca inúmeras violências que os profissionais de Saúde sofrem nos seus ambientes de trabalho, sejam no setor público, no setor privado, nos ambientes corporativos e institucionais. Isso pode ser exemplificado quando a coordenadora destaca que "não podemos negar que existe uma desigualdade salarial entre homens e

1 As transcrições de fala de entrevistados serão transcritas *ipsis litteris*, a fim de manter sua fidedignidade.

mulheres. No setor público, por vezes não, porque tem algumas garantias diferenciadas. Mas no setor privado que atende à saúde, sim. [...] " (Avânia Dias de Almeida. *Podcast* Fale com Agente, 2025a).

A entrevistada acrescenta ainda as barreiras existentes na realidade da trabalhadora da saúde, que precisa de um olhar diferenciado para o exercício pleno da sua prática: "[...] muitas mulheres, por vezes, não conseguem assumir cargos de chefia, de liderança, de gestão de serviços de saúde. Porque têm suas duplas, triplas jornadas: cuidam dos filhos, cuidam dos seus pais, por vezes são cuidadoras de pessoas idosas" (Avânia Dias de Almeida. *Podcast* Fale com Agente, 2025a).

Outra iniquidade exemplificada por Avânia é a falta de garantia de espaços inclusivos para a diversidade de gênero e para as pessoas com deficiência que compõem a sociedade e, consequentemente, trabalhadoras e trabalhadores de Saúde , criando desigualdades no ambiente em que atuam. Em suas palavras[2]:

2 Nas transcrições com mais de 3 linhas, as falas serão registradas em itálico para fazer a distinção entre as citações diretas de fontes teóricas.

> *Trabalhadoras trans – mulheres trans, homens trans – que têm acesso restrito a banheiros. Que não conseguem acessar o banheiro, o vestiário de onde ele ou ela se identifica, tem sua identidade. Por vezes esse espaço não é respeitado [...]. Trabalhadores e trabalhadoras com deficiência que não têm acessibilidade nos seus locais de trabalho. Não têm, por exemplo, rampas de acesso, não têm, por exemplo, uma mesa na altura adequada, talvez uma cadeira... não têm um intérprete de Libras, por exemplo, para auxiliar naquele atendimento* (Avânia Dias de Almeida. *Podcast* Fale com Agente, 2025a).

Neste âmago, o que a entrevistada apresenta dialoga com o que o odontólogo e preceptor do PET-Saúde-Equidade/UFRN, Dr. Alessandro Galvão, defende, em sua entrevista no episódio 05. Para ele, "a equidade não é nada mais do que isso, é a diminuição das iniquidades, que levam com que as pessoas tenham mais dificuldades em alcançar esses objetivos" (Alessandro Galvão, *Podcast* Fale com Agente, 2025b).

O Dr. Alessandro afirma, ainda, que, no contexto do trabalho no SUS, essa pauta é de extrema relevância, sobretudo devido ao fato de a maioria da mão de obra ser feminina. Isso ocorre, por exemplo, no serviço de

saúde em que atua, onde trabalham 48 servidores, sendo 42 do gênero feminino. Por isso, torna-se relevante implementar estratégias para visibilizar e problematizar as iniquidades no trabalho em Saúde, visando superar essa realidade. Uma dessas estratégias, segundo o entrevistado, está no PET-Saúde-Equidade/UFRN, que objetiva "colocar essa temática [da equidade] no centro das discussões sobre o trabalho em saúde" , enfatizando que equidade envolve considerar "questões de gênero, raça, idade, origem – especialmente no que diz respeito ao trabalhador e à trabalhadora, e também à futura trabalhadora do SUS" (Alessandro Galvão. *Podcast* Fale com Agente, 2025b).

3 EXPERIÊNCIAS DE AÇÕES NO ESTADO DO RN PARA PROMOVER EQUIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 230, de 7 de março de 2023, instituiu o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por objeto a criação e

ampliação das condições necessárias ao exercício da equidade de gênero e raça, no âmbito do SUS (Brasil, 2023b). Esse programa induziu a realização de projetos voltados para a promoção da equidade no trabalho em saúde, em diferentes esferas da federação.

Neste âmbito, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) , o qual efetiva ações de integração ensino-serviço-comunidade, adotou a problemática da equidade no trabalho em saúde para contribuir para a orientação de práticas e ações nos serviços de saúde (Brasil, 2023c). Alessandro Galvão, preceptor desse Programa, compartilha, em sua entrevista, no episódio 05, experiências desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família (USF) Gramoré, em Natal/RN, que são norteadas pelo princípio da equidade. Uma delas se refere a uma ação voltada para os usuários, a qual ajuda a refletir sobre a equidade no cotidiano da prática dos trabalhadores. Entre essas experiências, está o projeto Calçada Amiga, em que:

> *A equipe de Saúde da Família vai até um local de reunião frequente da comunidade, onde as pessoas já costumam se encontrar, e nós vamos ao encontro delas, em um ambiente fora da unidade.*

> *[...] nesse ambiente, estão muito mais receptivas ao diálogo, a um aprendizado dialógico* (Alessandro Galvão. *Podcast* Fale com Agente, 2025b).

Essa experiência reforça a importância de estratégias intersetoriais e da atuação comunitária, como formas de fortalecer a equidade no cuidado, respeitando as especificidades socioculturais dos territórios (Brasil, 2023a).

O entrevistado destaca que o PET-Saúde/ Equidade na Unidade de Saúde onde trabalha promove, dentre outras ações,

> *discussões sobre as dificuldades enfrentadas por mulheres trabalhadoras, especialmente relacionadas à maternagem e às múltiplas funções sociais que desempenham. [o papel do PET-Saúde é] estimular a discussão dessas questões e fornecer um respaldo acadêmico para embasá-las (Alessandro Galvão. Podcast Fale com Agente, 2025b)*

O PET-Saúde com a temática da equidade também foi destacado por Avânia, em sua entrevista para o Fale com Agente. Segundo ela, “tem quatro

PETs Equidade acontecendo agora no estado, com estudantes, trabalhadores da saúde, usuários... Então isso é muito importante para dar visibilidade à pauta da equidade e da valorização do trabalhador" (Avânia Dias de Almeida. *Podcast* Fale com Agente, 2025a).

Além disso, a entrevistada ressalta duas iniciativas relevantes desenvolvidas no estado do Rio Grande do Norte, as quais enfatizam a equidade no trabalho. Uma delas se refere à instituição do Comitê de Equidade Potiguar, que iniciou um diagnóstico da situação das trabalhadoras do SUS (Rio Grande do Norte, 2024). Esse Comitê, alinhado com o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi planejado com o objetivo de regionalizar suas ações, por meio de articulação com representantes das Secretarias de Saúde, Escolas de Saúde Pública, Movimentos Sociais, Conselhos de Saúde, Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), entidades sindicais e universidade (Brasil, 2025).

A outra iniciativa refere-se à Lei Estadual número 12.180, de 27 de maio de 2025, que institui o Programa de Atenção e Orientação às Mães Atípicas – "Cuidando de Quem Cuida" – e garante a proteção para famílias atípicas, incluindo as mães e cuidadoras trabalhadoras.

"Então, se você tem um filho ou filha, ou você precisa cuidar de alguém que tem alguma deficiência, você tem a proteção da sua jornada inicial e tem a redução da carga horária" (Avânia Dias de Almeida. *Podcast* Fale com Agente, 2025a,).

Essa lei foi criada no intuito de:

> *[...] oferecer suporte psicossocial, orientação e proteção a mães e cuidadoras de pessoas com deficiência, incluindo, mas não se limitando, a Síndrome de Down, Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Transtorno do Déficit de Atenção (TODA), dislexia e doenças raras (Rio Grande do Norte, 2025, art. 1).*

Por isso, tem a finalidade de "assegurar apoio psicossocial, acompanhamento psicológico e terapêutico, ações de promoção à saúde, capacitação e valorização dessas mulheres" (Rio Grande do Norte, 2025).

Conforme se lê nos relatos dos entrevistados, diferentes estratégias têm sido elaboradas e executadas, com o objetivo de se criarem espaços de promoção da equidade no SUS, inclusive no âmbito do trabalho, no município de Natal e em outros municípios do estado

do Rio Grande do Norte. Tais práticas, portanto, devem ser consideradas como subsídios para indução de outras tantas no SUS natalense potiguar – de forma que seja fortalecido o enfrentamento das iniquidades de gênero, identidade de gênero, raça, etnia, sexualidade, etarismo, capacitismo e outras discriminações – assim como norteadoras do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no âmbito do Sistema Único de Saúde .

4 DESAFIOS PARA EFETIVAR A EQUIDADE NO TRABALHO EM SAÚDE

Entre os principais desafios para se promover a equidade no cotidiano dos serviços de saúde, Alessandro aponta a resistência de uma parcela dos trabalhadores e profissionais: "[...] o principal problema que nós temos, às vezes, é um pouco de resistência, especialmente em relação a temas como equidade de gênero e racial. [...] nem todo mundo está preparado para lidar com certas realidades" (Alessandro Galvão. *Podcast* Fale com Agente, 2025b).

Uma revisão realizada por Gonçalves *et al.* (2023) identificou estudos que retratam a fragilização na formação e prática profissional para a atuação com a população LGBTQIAPN+, o que repercute em desigualdades no cuidado, preconceitos, desconhecimento das necessidades específicas das diferentes identidades de gênero e patologização de pessoas transexuais. Esse artigo nos faz refletir sobre a necessidade de os profissionais de Saúde ampliarem sua fundamentação sobre a equidade de gênero, sobretudo no que se relaciona à população mencionada, para que as barreiras e desigualdades no âmbito do trabalho em saúde possam ser rompidas, promovendo um ambiente justo e igualitário no SUS.

Outra reflexão pode ser feita no que concerne à prática profissional de trabalhadoras negras no SUS. A falta de informações quanto à abordagem antirracista na Saúde, a profunda precarização das condições de trabalho, a falta de suporte frente às consequências do racismo no cuidado em saúde foram alguns dos elementos apresentados por Silva *et al.* (2024) como expressões do racismo estrutural vivenciado por médicas negras no Rio de Janeiro. Esse cenário nos faz entender o contexto apresentado por Alessandro em sua entrevista

e a necessidade de investimento na formação e na prática antirracista no SUS.

Na entrevista, Alessandro destaca, ainda, dificuldades relativas a apoio/suporte da gestão, em seus diferentes níveis, para a realização de ações ou orientação de práticas fundamentadas na equidade: "Temos também problemas burocráticos às vezes para conseguir que certas situações [ações e práticas] aconteçam" (*Podcast* Fale com Agente, 2025b).

Esses entraves estruturais são frequentemente relatados na literatura como barreiras à promoção da equidade, junto a fatores como sobrecarga de trabalho, escassez de recursos humanos e desconhecimento dos direitos de saúde por parte da população mais vulnerável (Reis *et al*., 2024).

Para criar ambientes favoráveis à promoção da equidade, torna-se fundamental o investimento na Educação Permanente em Saúde (EPS). Neste sentido, a Política Nacional de Educação Permanente orienta a adoção de estratégias para formação e qualificação profissional, subsidiadas na realidade no trabalho, objetivando a sua transformação (Ferreira *et al*., 2019). Por isso, para se modificar um cenário de iniquidade no trabalho em saúde, o investimento na EPS constitui-se

como ferramenta indutora de desenvolvimento de novas práticas e relações de trabalho no contexto do SUS.

Esse investimento na atualidade é, no entanto, ainda incipiente, por isso apontado por Avânia, entrevistada do Fale com Agente, como um desafio: "A gente conseguir ter espaços reservados, não só espaços, mas também recursos, né? Garantir que se tenha recurso para a pauta da equidade, que esses recursos sejam previstos nos orçamentos municipais e do Estado" (*Podcast* Fale com Agente, 2025a).

No mesmo episódio, ela ainda relata o desafio na formação de instrumentos normativos. Por considerar o contexto do trabalho como princípio educativo, é imprescindível, para a proposição, a estruturação e oferta da EPS conhecer a realidade dos serviços de saúde. A informação e o conhecimento, no que concerne ao perfil da força de trabalho do SUS, ainda são, no entanto, desafios apontados pela entrevistada.

> *Então, eu – gestor municipal, eu – gestor estadual, conhecer minha força de trabalho. Eu acho que isso é bem importante para se pensar, para fazer inclusive um planejamento estratégico com base nas necessidades, entendendo os marcadores sociais que atravessam a vida desses trabalhadores e trabalhadoras* (*Podcast* Fale com Agente, 2025a).

A implementação da equidade no trabalho em Saúde enfrenta desafios que extrapolam questões individuais e alcançam barreiras institucionais e estruturais. Entre esses entraves, destacam-se a insuficiência de políticas públicas voltadas especificamente para a equidade bem como a ausência de mecanismos eficazes de monitoramento e avaliação das ações implementadas. Estudos como o de Machado *et al*. (2023) evidenciam que a falta de dados sistematizados sobre as desigualdades no ambiente de trabalho em saúde dificulta a formulação de estratégias direcionadas à superação dessas iniquidades. Assim, para que a equidade seja efetivamente incorporada na gestão e nas práticas profissionais, é necessário o fortalecimento da governança e da transparência dos processos institucionais.

Outro fator limitante para a equidade é a ausência de incentivos e suportes institucionais para profissionais que atuam em contextos vulnerabilizados. Trabalhadores da saúde que lidam diretamente com populações marginalizadas frequentemente enfrentam sobrecarga emocional e física, sem a devida assistência institucional. A falta de condições adequadas e o desgaste profissional gerado pela precarização do trabalho contribuem para um cenário de esgotamento e menor adesão às

práticas equitativas. Assim sendo, torna-se essencial o investimento em políticas de valorização do trabalhador da Saúde, assegurando ambientes de trabalho mais inclusivos e estruturados.

Por fim, a resistência à mudança é um obstáculo transversal às diversas tentativas de efetivação da equidade no SUS. Além das dificuldades burocráticas, há barreiras culturais que perpetuam desigualdades dentro dos próprios espaços de trabalho. Processos de educação permanente são vistos, muitas vezes, como secundários por gestores e profissionais de saúde, o que compromete a inserção de práticas equitativas no cotidiano institucional. Para superar esse desafio, é imprescindível que se adotem abordagens interseccionais na formação e capacitação dos trabalhadores, possibilitando a construção de um ambiente que reconheça e valorize as diversas identidades presentes no SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equidade no trabalho em Saúde representa um desafio para a consolidação de um Sistema de Saúde verdadeiramente inclusivo e justo. A superação das iniquidades exige um esforço contínuo para o

reconhecimento das desigualdades estruturais e para a formulação de políticas que garantam condições equânimes para todos os trabalhadores e trabalhadoras da Saúde. Além disso, a interseccionalidade deve ser considerada princípio norteador das ações voltadas à equidade, levando em conta fatores como gênero, raça e classe social.

A implementação de estratégias eficazes depende não apenas de políticas públicas bem estruturadas mas também do comprometimento institucional e da mobilização dos próprios trabalhadores da Saúde. A valorização profissional, a qualificação permanente e o fortalecimento de espaços de diálogo são elementos essenciais para a construção de um ambiente de trabalho mais justo. A promoção da equidade deve ser vista como parte integrante do fortalecimento do SUS, garantindo que todos os profissionais tenham acesso a condições dignas de atuação e possam oferecer um cuidado de qualidade à população.

Para alcançar mudanças estruturais e culturais no setor, são necessários investimentos contínuos em educação e capacitação profissional, promovendo reflexões críticas sobre as desigualdades presentes no ambiente de trabalho. O fortalecimento de redes de apoio e o incentivo à pesquisa sobre equidade no trabalho

em saúde são estratégias importantes para subsidiar ações sustentáveis. Além disso, a participação ativa dos trabalhadores na formulação de políticas e na tomada de decisões institucionais contribui para um processo de transformação que respeite suas experiências e necessidades.

A efetivação da equidade no trabalho em saúde requer, portanto, uma abordagem multifacetada, que envolva, desde mudanças estruturais nas instituições de saúde até transformações culturais que promovam um ambiente mais inclusivo e igualitário. O compromisso com essa pauta é essencial para que as desigualdades existentes sejam progressivamente reduzidas, assegurando que o direito à saúde seja plenamente garantido para todos, independentemente das condições socioeconômicas e das identidades dos trabalhadores e trabalhadoras do setor. Somente por meio de uma atuação articulada entre diferentes esferas da sociedade será possível avançar na construção de um ambiente de trabalho no SUS pautado pela justiça e pelo respeito às diversidades.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. dos S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 115–128, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162684 . Acesso em: 22 jun. 2025.

BARROS, F. P. C. de; SOUSA, M. F. de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 9–18, jan. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195 . Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Equidade em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a. DDisponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude. Acesso em: 18 mar. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 230, de 7 de março de 2023. Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. 46, p. 140, 8 mar. 2023a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0230_08_03_2023.html. Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital SGTES/MS nº 11, de 16 de setembro de 2023. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde): Equidade. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 set. 2023c. Disponível em: https://www.

in.gov.br/en/web/dou/-/edital-sgtes/ms-n-11-de-16-de-setembro-de-2023-523637034. Acesso em: 22 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde promove ações para implantação de Comitês de Equidade no país**. Brasília, 12 mar. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/saude-promove-acoes-para-implantacao-de-comites-de-equidade-no-pais Acesso em: 22 jun. 2025.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J. S. A.; ESPOSTI, C. D. D.; CRUZ, M. M. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, jan. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017. Acesso em: 22 jun. 2025.

GONÇALVES, E. de F. M.; OLIVEIRA, E. A.; CARDOSO, G. C. P.; SILVA, L. T. B. Saúde de LGBTQIA+ na atenção básica de saúde: uma revisão de escopo. **Saúde em Debate**, v. 47, n. spe1, p. e9111, 2023. Disponível em: https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/9111. Acesso em: 18 mar. 2026.

MACHADO, M. H.; CAMPOS, F.; HADDAD, A. E.; SANTOS NETO, P. M.; MACHADO, A. V.; SANTANA, V. G. D.; MARENGUE, H. C. O.; SANTOS, R. P. O.; MAUAIE, C. C.; FREIRE, N. P. Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 2773–2784, out. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10702023 . Acesso em: 22 jun. 2025.

PODCAST FALE COM AGENTE: Episódio 04: Caminhos para a promoção da equidade no trabalho em saúde. [Locução de]: Bruno Santos; Cinthia Fernanda. Entrevistada: Avânia Dias. Natal: TV ESPRN, 02 jan. 2025a. **Podcast.** Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=N2ZTKmPtD5Q&list=PL0A1_qyFHVwzorHxnuSC1EIQs5G5R hjGT&index=19 . Acesso em: 22 jun. 2025.

PODCAST FALE COM AGENTE: Episódio 05: Integração ensino-serviço-comunidade. [Locução de]: Bruno Santos; Cinthia Fernanda. Entrevistado: Alessandro Galvão. Natal: TV ESPRN, 16 jan. 2025b. **Podcast.** Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=e0giA_f9yhc&list=PL0A1_qyFHVwzorHxnuSC1EIQs5G5RhjG T&index=18 . Acesso em: 22 jun. 2025.

REIS, B. M. R.; ROCHA, G. B.; SALGADO, M. L. S.; VIEIRA, R. G. C.; GAMA, S. O.; SANTOS, S. L. F.; ARAÚJO, S. M. S.; LIMA, M. M. M. A.; LIMA, Y. M. S.; VALENTIM, L. A. Desafios e caminhos para a equidade em saúde na atenção primária. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 8, p. e14473, 26 ago. 2024. DOI: https://doi.org/10.25248/reas.e14473.2024. Acesso em: 22 jun. 2025.

RIO GRANDE DO NORTE. Lei nº 12.180, de 27 de maio de 2025. Institui, no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte, o Programa de Atenção e Orientação às Mães Atípicas – "Cuidando de Quem Cuida". **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Norte**, Natal, 27 maio 2025. Disponível em: https://www.al.rn.leg.br/storage/legislacao/2025/o6av2mdwefii6e34heg8kr381cngm5.pdf. Acesso em: 22 jun. 2025.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Sesap e MS discutem instalação de Comitê de Equidade no SUS potiguar**. Natal, 20 ago. 2024. Disponível em: http://www.saude.rn.gov.br/Conteudo.aspTRAN=ITEM&TARG=337442&ACT=&PAGE=&PARM=&LBL=Materia. Acesso em: 22 jun. 2025.

SILVA, L. B.; CAMPOS, D. S.; ARAÚJO, M. V. R.; REIS, R. R. "Mesmo que a gente seja a mão que cuida": médicas negras e racismo estrutural no contexto da atenção primária à saúde. **Ciencia & Saúde coletiva**, v. 29, n. 3, p. e07622023, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.07622023. Acesso em: 22 jun. 2025.

Capítulo 9

VISIBILIDADE LGBTQIAPN+ NO SUS

Lauro Gabriel Bezerra Santos
Janaína de Lima
Lune Jací Borges Leal
Cleithiano Cândido de Freitas
Samara Cibele Fernandes Barreto Magnos

1 INTRODUÇÃO

A visibilidade e os direitos das pessoas LGBTQIAPN+ no Sistema Único de Saúde (SUS) representam um tema de grande importância para garantir o acesso universal e equitativo à saúde no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS), em sua essência, contempla a diversidade humana e, teoricamente, se posiciona contra qualquer forma de LGBTfobia e de violência. Ao longo do tempo, o SUS foi pioneiro no país ao reconhecer direitos específicos para essa população

– como a inclusão do nome social, por exemplo –, e ao desenvolver e efetivar políticas públicas direcionadas – como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT+ (Santos; Machado, 2024). Cumpre, porém, dizer que, embora haja avanços no campo dos direitos e das políticas públicas, o processo de trabalho cotidiano no SUS ainda é marcado pela reprodução de preconceitos e discriminações presentes na sociedade.

A sociedade brasileira é marcada pelo machismo, racismo e LGBTfobia em seu processo de formação social e cultural, flagelos que também se encontram no cerne das instituições em geral. Desigualdades sociais dessa ordem e de tantas outras se refletem diretamente no acesso aos serviços de saúde e no ambiente de trabalho. Profissionais e usuários LGBTQIAPN+ enfrentam, com frequência, muros que bloqueiam seus direitos, inclusive o de vivência digna dentro do sistema, gerando iniquidades e violações.

As experiências vividas por pessoas LGBTQIAPN+, sejam trabalhadoras ou usuárias do SUS, mostram um cenário complicado de avanços e desafios que persistem ao longo do tempo. O preconceito, muitas vezes velado ou institucional, se mostra de diversas formas, desde a negação do uso do nome social por algum interlocutor até a recusa de atendimento ou assédio no local de trabalho.

A interseccionalidade de marcadores sociais como raça, classe, religião e território, entre outros, agrava essas vivências, tornando a luta por visibilidade e respeito ainda mais difícil, porém essencial no reconhecimento da diversidade humana e das suas especificidades na garantia da saúde integral (Silva *et al.*, 2016; Melo *et al.*, 2020).

Diante disso, percebe-se que o debate sobre a visibilidade LGBTQIAPN+ no SUS transcende a mera formalidade das políticas e leis. Esse debate emerge nas relações humanas e nas arquiteturas da estrutura institucional que precisam ser transformadas, para se garantir que o SUS seja, de fato, um espaço acolhedor e respeitoso para todas as pessoas. As experiências de profissionais que vivem essa realidade elucidam caminhos para a superação das barreiras, destacando a educação permanente, a ocupação de espaços de poder e a desconstrução diária de preconceitos, como estratégias fundamentais para avançar na construção de um SUS mais inclusivo e equânime.

2 DESAFIOS DA LGBTFOBIA E PRECONCEITO NA SOCIEDADE E NO SUS

Uma das dificuldades mais enfrentadas pela população LGBTQIAPN+ no SUS reside no fato de que o Sistema, por não estar separado da sociedade, deixa claro o que é positivo e, ao mesmo tempo, escancara a realidade: a rejeição a esse público – este último aspecto fruto de uma relação estrutural, desde sua origem já carregada de preconceitos.

Oriunda de uma formação social e cultural, essa estrutura ainda é muito marcada pela desigualdade de poder, logo, também, de desigualdades sociais, as quais culminam em dificuldades no acesso à saúde, ao trabalho e a qualquer direito social conquistado, consequentemente, a relações preconceituosas, em cuja reprodução se veem discriminação e exclusão, fenômenos que acontecem tanto no trabalho dentro do SUS quanto no atendimento aos usuários.

O preconceito ainda é uma grande barreira nas relações de trabalho para profissionais LGBTQIAPN+, que, várias vezes, mudam seu comportamento, para evitar julgamentos ou comentários desnecessários, frequentemente causadores de sofrimento psicológico.

Da mesma forma, os usuários enfrentam o preconceito que se manifesta como uma barreira já na porta de entrada dos serviços, culminando em denúncias de mau atendimento e violência. Dessa forma, enfrentar esse desafio exige, inicialmente, compreender que a LGBTfobia é um determinante social que interfere não apenas nas relações de trabalho mas também no acesso e permanência dos usuários.

Reconhecer a LGBTfobia é fundamental, para que se possam articular, de forma intersetorial, estratégias que a enfrentem, seja através da política de educação permanente, da humanização do SUS, ou de protocolos e orientações na gestão de pessoas que interfiram eficazmente no processo de trabalho e gestão em saúde.

3 A INTERSECCIONALIDADE DOS MARCADORES SOCIAIS

Para compreender como diferentes tipos de marcadores sociais, como raça, gênero, classe, território e religião, se relacionam com a diversidade sexual e de gênero, influenciando a experiência de

pessoas LGBTQIAPN+ no ambiente de trabalho, a interseccionalidade é um conceito fundamental. Para melhor visualizar essa necessidade, considere-se, por exemplo, uma pessoa LGBTQIAPN+ e de religião de matriz africana. É muito provável que ela se sinta "acuada para manifestar sua diversidade", se o local de trabalho impuser o cristianismo como religião, por meio de símbolos religiosos, celebrações ou cultos promovidos no local. Em vista de situações com essa ou de outras assemelhadas, faz-se mister que a gestão de pessoas e do trabalho em saúde tenha controle sobre essa dinâmica e perceba o outro, seus valores e singularidades, de modo que sua ação não se limite a preenchimento de fichas que buscam apenas informações sobre raça e sexo.

É necessário considerar a diversidade humana em suas relações sociais; isso inclui vestimenta, comportamento, estilo de penteados, entre outros aspectos que podem ser alvo de questionamentos racistas. É importante que o espaço de trabalho seja o mais ecumênico e representativo possível, valorizando a diversidade em vez de reforçar sua ocultação e até contribuindo com a preocupação do trabalhador em manifestá-la.

A interseccionalidade pode ser um método que contribui para um olhar mais integral dos sujeitos, sejam trabalhadores ou usuários. Com esse recurso, é possível refletir sobre as abordagens, normativas e orientações no processo de trabalho e gestão em saúde, a fim de se reconhecer a diversidade humana, evitarem-se comunicações e atitudes violentas assim como reorganizar o ambiente de trabalho e os protocolos assistenciais, tornando-os instrumentos de promoção da equidade. Neste sentido, a integralidade dos sujeitos permite a aproximação entre eles mesmos e suas realidades, consequentemente, das suas identidades, as quais não podem ser separadas do processo de saúde-doença – essas identidades devem ser reconhecidas e valorizadas como parte essencial de cada um, das suas relações sociais e de cuidado.

4 O SUS COMO PIONEIRO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBTQIAPN+

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como um dos precursores na garantia de direitos para a população LGBTQIAPN+ no Brasil, no contexto

da saúde. Foi o primeiro serviço público a abarcar a inclusão do nome social em documentos – a exemplo da carteirinha do SUS para pessoas transexuais e travestis. Ademais, o SUS foi um grande aliado da luta enquanto responsável pela criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT+ (Brasil, 2012), sendo a primeira política pública no país a criar estratégias de atenção à saúde, especificamente para as demandas dessa população, abarcando atenção primária, de média e de alta complexidade. Na teoria, o SUS é um serviço/sistema anti-LGBTfobia que visa contemplar toda a diversidade que há na humanidade, posicionando-se, então, como um pilar fundamental para a inclusão e o respeito à diversidade sexual e de gênero.

É nesse reconhecimento da importância do SUS que devemos seguir, perscrutando quais investimentos ainda são necessários para se oferecer garantia de saúde integral a essa população, aliada ao enfrentamento das desigualdades sociais, econômicas e de poder, seja nas relações de trabalho ou na assistência aos usuários.

As avaliações do controle social são um dos caminhos para ampliarmos essa discussão, que vai desde o acesso aos serviços de saúde até as capacitações ofertadas aos trabalhadores. Vê-se, assim, indispensável a participação social no planejamento e

na manutenção das políticas de saúde, integrando os conselhos, as instituições de ensino superior e também os movimentos sociais.

5 BARREIRAS NO ACESSO E NO ATENDIMENTO PARA USUÁRIOS LGBTQIAPN+

Mesmo com o seu papel pioneiro, o SUS enfrenta uma dupla e negativa imagem: além de ocupar o primeiro lugar em denúncias de preconceito e discriminação, também tem se destacado por reproduzir violência no mau atendimento à população LGBTQIAPN+.

Motivo para essa imagem negativa já se apresenta na porta de entrada de unidades de saúde: o desrespeito a pessoas transexuais e travestis que buscam atendimento, quando não funcionários ou mesmo servidores não se dirigem a elas usando seu nome social. No interior das unidades, trabalhadores da Saúde, como enfermeiros e médicos, se recusam a atender pessoas LGBTQIAPN+, sob a justificativa de que não sabem lidar com esses sujeitos, o que resulta em iniquidades no acesso à saúde motivadas pelo preconceito. Ainda que existam ambulatórios de

saúde trans ou consultórios de saúde LGBT específicos, a própria existência de serviços especializados pode ser enxergada como uma forma de reprodução da exclusão, visto que toda e qualquer pessoa deveria ser assistida por qualquer serviço do SUS, sem nenhuma forma de preconceito, sem precisar, portanto, de um serviço especializado para ser bem atendido e respeitado.

Uma outra barreira é a falta de dados robustos e fidedignos em relação à comunidade, nos cadastros do SUS, por exemplo, pois, não raramente, em muitos formulários, campos como identidade de gênero e de orientação sexual ou são preenchidos de forma incorreta ou esses dados são omitidos. Essa população é tão discriminada nos serviços de saúde que muitos indivíduos preferem "resolver em casa" suas demandas de saúde, para evitar serem alvos de preconceitos e constrangimento, os quais podem se manifestar na forma de olhares e de comentários humilhantes.

As barreiras começam fora das Unidades de Saúde que se expressam nas mais diversas dimensões da vida social, desde o espaço privado da família até os espaços públicos – como nos da educação e do trabalho. Estamos falando de reprodução das relações patriarcais de gênero e sexualidade que também se manifestam nos serviços de saúde, em um processo

de continuidade. Ao pensarmos em ações, campanhas, programas e políticas que reconheçam a população LGBTQIAPN+ e que também enfrentam a LGBTfobia, estamos disputando um lugar para além do SUS, lugar que também contribui para a circulação de informações e vivências na sociedade, nas relações sociais pessoais e coletivas. Para tanto, é necessária a colaboração de usuários e trabalhadores para que se tornem, junto à comunidade em geral, multiplicadores dessa inclusão social.

6 EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS LGBTQIAPN+ NO SUS

É importante lembrar que pessoas LGBTQIAPN+ fazem parte dos diversos espaços da sociedade – e um deles é o SUS. Em particular, as pessoas transexuais e travestis enfrentam diariamente a reprodução de preconceitos e de discriminação, o que não facilita a convivência no local de trabalho, pois são continuamente provocadas em sua dignidade, seja na ausência de garantia do nome social em crachás e documentos do trabalho, seja na liberdade de se vestir conforme a sua identidade de gênero ou no simples fato de usar banheiros e vestiários.

É comum que esses profissionais sejam forçados a mudar seu comportamento, sua forma de existir no mundo, para evitar olhares e comentários jocosos que se convertem em sofrimento psicológico e mental. Outra questão assaz desfavorável para esses sujeitos é a burocracia excessiva no serviço público, como a limitação em garantir o nome social no ponto eletrônico; isso pode ser caracterizado como uma forma de preconceito institucional, obrigando o trabalhador a se munir de documentos para provar seus direitos.

A reprodução histórica desse preconceito e de tantos outros acontece pela certeza da impunidade. Os casos de assédio moral, sexual e de perseguição cujos motivos são o preconceito e a discriminação precisam ser levados em consideração. Se houvesse a abertura de sindicâncias, de processos que denunciassem assédios e preconceitos de toda ordem, possivelmente, essa situação seria, na pior das hipóteses, minimizada.

Existe uma violência velada, silenciosa e constante, que exige enfrentamento diário e mediação de conflitos para que pessoas LGBTQIAPN+ possam trabalhar com dignidade e cidadania. Neste sentido, é fundamental que a gestão do trabalho e da educação em saúde possa apresentar estratégias de mitigação e responsabilização dessas violações de direitos no processo de trabalho.

Nesse mesmo encaminhamento, faz-se urgente que as equipes sejam capacitadas para os atendimentos e reconhecimentos dessas violências institucionais que são geralmente silenciadas ou mascaradas, assim como minorizadas como pautas "identitárias", sem ter a valorização de que necessitam para serem enfrentadas. E aqui, mais uma vez, retomamos a importância do reconhecimento da LGBTfobia como um determinante social que afeta diretamente os sujeitos e suas relações de trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios são vários e impactam tanto usuários quanto profissionais em geral. Para a população LGBTQIAPN+ que busca atendimento, o SUS, paradoxalmente, é o principal receptor de denúncias de preconceito, mau atendimento e violência. O não respeito ao nome social de pessoas transsexuais e travestis é uma das maiores dificuldades na porta de entrada das Unidades, levando à recusa de atendimento ou de realização de exames sob alegação de despreparo. Esse cenário de humilhações e agressões históricas gera medo e constrangimento, fazendo com que essa

população evite procurar o SUS e opte por resolver problemas de saúde de forma artesanal e até perigosa, colocando em risco sua segurança e saúde. Ademais, a falta de dados fidedignos sobre identidade de gênero, sexualidade e raça nos cadastros oficiais do País impede a formulação de políticas públicas adequadas, já que os dados disponíveis não refletem a realidade demográfica e epidemiológica dessa população.

Para que o SUS atinja plenamente seu objetivo de ser um sistema verdadeiramente inclusivo e anti-LGBTfobia, são necessárias ações como a educação permanente e a capacitação dos profissionais, imprescindíveis para transformar o pensamento cultural e garantir um atendimento acolhedor e humanizado. É imperativo que o SUS garanta o direito ao uso do nome social, à vestimenta de acordo com a identidade de gênero e ao uso do banheiro apropriado à identidade, sem que haja receio de assédio ou agressão.

O combate à impunidade também é essencial, pois a certeza de que atos de preconceito não serão punidos contribui para sua perpetuação. Por fim, a ocupação de espaços de gestão em todos os níveis do SUS por pessoas LGBTQIAPN+ é um fator determinante para a mudança cultural e para a concretização dos direitos dessa população. Dessa forma, poderemos

construir uma mudança não só da cultura organizacional, a partir da inserção e participação de trabalhadores LGBTQIAPN+ nos processos formativos, mas também do imaginário social que refuta as diferenças como se elas não fizessem parte do mundo e de todas as suas criaturas.

Por fim, seguiremos na luta para a construção ou transformação de um SUS que tenha a cara do nosso povo, com toda a sua diversidade, e defendendo que saúde é um direito e não uma mercadoria, por isso todas as pessoas devem ter acesso a esse direito de forma integral e humanizada, reconhecendo-se suas demandas específicas e suas identidades. A saúde pública precisa ser um lugar de cuidado coletivo, de acolhimento e de valorização dos trabalhadores e trabalhadoras como sujeitos que também precisam ser reconhecidos em sua diversidade no processo de trabalho. A equidade é um princípio que deve nortear os processos de gestão e trabalho no SUS, assim como o acesso e integralidade dos usuários, fortalecendo um sistema de atenção interprofissional à saúde da nossa população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 22 jun. 2025.

MELO, I. R.; AMORIM, T. H.; GARCIA, R. B.; POLEJACK, L.; SEIDL, M. O Direito à Saúde da População LGBT: Desafios Contemporâneos no Contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Psicologia e Saúde**, *[S. l.]*, p. 63–78, 2020. DOI: 10.20435/pssa.vi.1047. Disponível em: https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1047. Acesso em: 21 jun. 2025.

SANTOS, L. G. B.; MACHADO, F. C. de A. Práticas de gestão da diversidade: identidade de gênero em organizações de saúde. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 19, n. 57, p. 97–124, 2024. DOI: 10.5281/zenodo.13901235. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/saude-promove-acoes-para-implantacao-de-comites-de-equidade-no-pais. Acesso em: 11 jul. 2025.

SILVA, G. W. dos S.; SENA, R. C. F. de; CASSIANO, A. do N.; SOBREIRA, M. V. S.; MIRANDA, F. A. N. de. Sexual diversity and homophobia: knowledge of nurses from the family health strategy. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental** Online, Rio de Janeiro, Brasil, v. 8, n. 1, p. 3725–3739, 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3725-3739. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3942. Acesso em: 23 jun. 2025.

Capítulo 10

LETRAMENTO RACIAL PARA TRABALHADORAS E TRABALHADORES DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE UMA OFICINA DESENVOLVIDA EM NATAL, RIO GRANDE DO NORTE

Marcos Vinícius Ribeiro de Araújo
Bárbara Patrícia da Silva Lima
Vladimir Andrei Rodrigues Arce
Regimarina Soares Reis
Maurício Wiering Pinto Telles
Letícia Batista Silva

1 INTRODUÇÃO

No final dos anos 2000, a Portaria nº 992/2009, do Gabinete do Ministro da Saúde, institui, no âmbito

do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), consolidando uma conquista histórica, após mais de três décadas de mobilização dos movimentos negros em torno dessa agenda. Essa política aborda, em suas diretrizes e objetivos específicos, a formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde bem como o controle social, reforçando seu objetivo geral, qual seja "Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS", em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Tal questão também foi reforçada, na forma de lei, por meio do capítulo do Direito à Saúde do Estatuto da Igualdade Racial, no ano de 2010 (Brasil, 2007; Brasil, 2009; Brasil, 2010).

Ainda que estabelecida a previsão normativa da formação para trabalhadores de Saúde no tema Saúde da População Negra, ao longo da década seguinte, sua implementação vem se constituindo em um dos muitos e grandes desafios do SUS para avanço da PNSIPN. Planos Operativos de Saúde da População Negra pactuados nas Comissões Intergestoras Tripartite, Planos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde e

demais documentos institucionais buscaram apontar indicadores e metas também para este componente da Política. Observou-se, ainda, o uso de diversificadas estratégias formativas em nível federal, estadual e municipal, mais ou menos estruturadas, a depender dos recursos disponíveis em cada esfera de gestão e da atuação de organizações dos movimentos negros nos respectivos Conselhos de Saúde. Essas iniciativas ainda eram, todavia, incipientes, atraindo pouco investimento político e, sobretudo, financeiro.

Essa questão começa a mudar com a conjuntura político-social em 2020, com as denúncias do ativismo negro das desigualdades raciais e sociais ocorrido durante a pandemia de COVID-19 e com o impacto internacional do assassinato de George Floyd, a partir das denúncias e mobilizações massivas lideradas pelo movimento *Black Live Matters*, nos Estados Unidos. É nesse momento que o tema do Racismo Estrutural, facilitado pelas redes sociais, ganha maior projeção no debate público, de forma mais contundente, inclusive na Saúde. Produções acadêmicas e de intelectuais negras e negros vinculados ao ativismo antirracista ganharam maior visibilidade, e o interesse pela dinâmica do racismo na produção da situação brasileira, naquele momento, repercutiu nas mídias jornalísticas nacionais (Silva; Lemos, 2024; Soares; Silva, 2022; Almeida, 2021).

Configuraram-se, assim, duas grandes questões de interesse público no Brasil: a defesa do SUS, como patrimônio brasileiro que evitou uma tragédia ainda maior na Pandemia de COVID-19, e o reconhecimento do Racismo Estrutural, que reorganizou, para muitos, a compreensão histórica do Brasil e as explicações para a injustiça social vivenciada nos períodos mais intensos de isolamento social – medida de saúde pública adotada pelos governos, para mitigação da contaminação pelo Coronavírus. Esta, sem dúvida, foi uma conjuntura fundamental para dinamizar o campo da Saúde da População Negra, integrando novas e antigas gerações de ativistas interessadas em avançar na agenda antirracista na Saúde, especialmente no campo da formação, fato que só foi facilitado, institucionalmente, com o fim do governo de Jair Bolsonaro, marcado por políticas equivocadas e ineficazes, frente à Pandemia, e também pelo discurso presidencial totalmente contrário à perspectiva da equidade em saúde (Calil, 2021; Nogueira, 2023).

É nessa conjuntura que emerge a noção de Letramento Racial em Saúde, ou para o SUS, como estratégia formativa de trabalhadores(as), controle social, gestores(as) e cidadãos(ãs) de modo geral, em Saúde da População Negra, cumprindo, direta e/ou indiretamente,

aspectos das normativas previstas, no que diz respeito a esse componente da Política. E é nesse contexto que se insere este capítulo, que tem como objetivo apresentar e discutir a experiência de uma oficina local de *Letramento Racial para Trabalhadores do SUS*, desenvolvida de forma presencial com profissionais do município de Natal, Rio Grande do Norte, incluindo os(as) Agentes Comunitários(as) de Saúde (ACSs), de modo a fomentar novas experiências em diversas realidades no Brasil que convirjam para a permanente construção de tecnologias antirracistas de saúde no SUS.

O relato sobre a realização da oficina pode ser entendido a partir da concepção de formação apresentada por Macedo (2010). Nessa perspectiva, quando os profissionais refletem sobre situações de discriminação e desigualdade vividas em seu cotidiano de trabalho, esses acontecimentos se tornam oportunidades de aprendizagem. A oficina não se limita à transmissão de informações sobre raça e saúde, mas promove a ressignificação de saberes, permitindo que os participantes atribuam novos sentidos às práticas institucionais e às relações sociais. Assim, o processo formativo emerge como um movimento de apropriação crítica, em que conhecimentos objetivos se convertem em vivências subjetivas e significativas. Essa dinâmica

evidencia que a formação não é apenas aquisição de conteúdos, mas envolve a constituição de um sujeito social capaz de reelaborar sua prática e sua visão de mundo. O relato da experiência no curso exemplifica, portanto, como a formação se realiza na intersecção entre saber, cotidiano e transformação social, em consonância com a perspectiva apresentada por Macedo (2010).

Nesse diapasão, ainda que possamos, de certo modo, tangenciar as possíveis contribuições da oficina para futuras transformações no cotidiano de trabalho na APS e na prática profissional, este capítulo não pretende esgotar a análise sobre o papel e perspectiva dos trabalhadores, nas intervenções antirracistas no território. O foco do capítulo, portanto, situa-se em uma dimensão metodológica, voltada para discutir procedimentos e caminhos de análise que, embora não esgotem a temática, apresentam-se como potenciais para transformar o conhecimento em experiência formativa, capaz de repercutir em futuras práticas profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS).

2 LETRAMENTO RACIAL: DO QUE ESTAMOS FALANDO?

O conceito de *letramento racial* (*racial literacy*) foi originalmente formulado pela socióloga afro-americana France Winddance Twine, no início dos anos 2000, no artigo *A White Side of Black Britain: The Concept of Racial Literacy* (2004), a partir de suas pesquisas etnográficas com famílias inter-raciais nos Estados Unidos. Em especial, Twine (2004) investigou como pais brancos educavam filhos negros para lidar com o racismo cotidiano, revelando as estratégias cognitivas, afetivas e práticas utilizadas para reconhecer e enfrentar o racismo em suas múltiplas expressões. A autora propôs o letramento racial como um conjunto de competências que permite aos indivíduos desenvolver uma leitura crítica das relações raciais, identificar manifestações de discriminação e desigualdade e adotar posturas ativas de enfrentamento ao racismo estrutural.

No Brasil, o conceito foi introduzido e adaptado pela psicóloga e pesquisadora Lia Vainer Schucman, em sua tese de doutorado "*Entre o 'encardido', o 'branco' e o 'branquíssimo': raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana*" (Shucman, 2012). Schucman traduziu o termo e o utilizou como uma ferramenta

analítica para compreender como pessoas brancas constroem e reproduzem significados sobre raça e branquitude no Brasil. Desde então, o letramento racial tem sido utilizado em formações antirracistas, práticas pedagógicas críticas, currículos escolares e universitários e no desenvolvimento de políticas públicas voltadas à equidade racial.

Para fins da proposta da Oficina "*Letramento Racial para Trabalhadores do SUS*", o letramento racial é, portanto, compreendido como uma prática de leitura crítica e antirracista das relações raciais e das estruturas sociais marcadas pelo racismo nas práticas de saúde, sejam práticas em nível assistencial, de gestão, nas políticas, nas relações de trabalho bem como nas suas condições de exercício. Essa leitura é crítica porque se orienta pela análise das estruturas e relações de poder que sustentam o racismo e é antirracista porque exige não apenas reflexão mas também posicionamento, compromisso e ação transformadora.

Neste sentido, inspirados nas obras de Twine e Steinbugler (2006) e Shucman (2012), elencamos os fundamentos que guiaram a proposta formativa da oficina, quais foram: conhecer a história da formação social brasileira, reconhecendo o racismo como um problema social atual, e não como um legado histórico; conhecer

o lugar de poder, vantagens e benefícios estruturais, decorrentes do racismo, a que os(as) brancos(as) têm acesso; compreender que raças humanas não existem biologicamente, mas que nós aprendemos formas de classificar e identificar as pessoas com base na ideia de raça que opera em nosso imaginário, e que é produzida pelo racismo; entender e nomear adequadamente os conceitos e problemas relacionados à questão racial, percebendo, desnaturalizando e problematizando as hierarquias raciais cotidianas, abandonando análises de saúde que fragmentem raça, gênero e classe em determinantes ou fatores isolados.

Tais fundamentos foram estruturados com o objetivo de oferecer elementos estratégicos e práticos para profissionais da saúde comprometidos com o enfrentamento do Racismo Estrutural, tarefa que extrapola o setor de saúde e, sobretudo, a própria institucionalidade.

O letramento racial, como abordagem crítica, pode ser adotado por pessoas brancas, negras e de outros grupos racializados de forma negativa, constituindo-se como uma ferramenta para o reconhecimento e a transformação das dinâmicas raciais que atravessam as práticas institucionais. Assim, a oficina visou à formação de pessoas capazes de refletir criticamente sobre sua

inserção na sociedade brasileira e atuar de maneira consciente, ética e antirracista na atenção à saúde.

3 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA E RESULTADOS ALCANÇADOS

A oficina em questão foi desenvolvida em maio de 2025 e se configurou como desdobramento do curso virtual autoinstrucional "Letramento Racial para trabalhadoras da Saúde", hospedado no *Campus* virtual da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). O curso foi construído e organizado por pesquisadoras da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), em parceria com pesquisadores(as) da Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal Fluminense, Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade Federal do Maranhão.

A organização da oficina presencial ficou a cargo do projeto Fale com Agente, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em parceria com o PET-SAÚDE Equidade, da mesma instituição, e foi desenvolvida e facilitada por docentes da UFBA e EPSJV/Fiocruz. Participaram da experiência, em Natal/RN, cinquenta e quatro pessoas, entre profissionais

da Atenção Primária à Saúde (incluindo agentes comunitários(as) de saúde, dentistas e enfermeiros(as)), técnicos(as), gestores(as) da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte e docentes e estudantes de graduação da UFRN. O perfil do público participante foi definido considerando-se o objetivo estratégico de fortalecer o desenvolvimento de práticas antirracistas na APS, numa perspectiva intersetorial, levando-se em conta, principalmente, a importante atuação dos(as) Agentes Comunitários(as) de Saúde e da Universidade, em uma realidade em que esta articulação já se encontrava em andamento, sobretudo a partir dos projetos anteriormente citados.

A programação foi desenvolvida ao longo de dois dias, distribuídos em quatro turnos, em quatro momentos temáticos: 1. Discutindo a importância do quesito raça/cor; 2. Letramento Racial e saúde: aspectos conceituais; 3. Processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) e a questão racial; 4. Estratégias para tornar o(a) profissional de saúde um ator antirracista.

Os momentos serão apresentados e discutidos a seguir.

3.1 Discutindo a Importância do Quesito Raça/Cor

Compreender que raças humanas não existem biologicamente, mas que nós aprendemos formas de classificar e identificar as pessoas com base na ideia de raça que opera em nosso imaginário e que essas formas são produzidas pelo racismo é um ponto fundamental para o Letramento Racial. A classificação racial vem carregada de valores positivos e negativos, atravessada por conflitos e, portanto, alvo de muitos questionamentos, tendo implicações diretas para a não implementação do quesito raça/cor na saúde.

Assim, a primeira atividade teve como objetivo abordar, pedagogicamente, uma questão estratégica, o quesito raça/cor, a partir de duas dimensões complementares:

a) Ético-política – visando promover a consciência e o engajamento dos sujeitos enquanto pessoas racializadas;

b) Técnico-operacional – buscando comprometer os participantes com a implementação do quesito raça/cor, conforme diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Partiu-se da crítica ao mito da democracia racial, ideologia das elites brasileiras que, ao longo das décadas, tem negado os conflitos raciais oriundos de um passado colonial e republicano excludente. Esse mito sustenta um discurso de harmonia racial, baseado na mestiçagem biológica, ocultando as violências de raça e gênero que estruturam a sociedade brasileira e sustentam a exploração histórica da população negra.

Essa ideologia distorce o passado escravocrata e nega as barreiras de peneiragem impostas pelas elites, para marginalizar a maioria dos(as) ex-escravizados(as) na sociedade do trabalho livre. Segundo essa lógica, características fenotípicas, como cor da pele, textura do cabelo e formato do nariz, não seriam marcadores de desigualdade, atribuindo à meritocracia a responsabilidade pela mobilidade social. Assim, desvaloriza-se a identificação racial e se exalta, de forma folclórica, a mistura de raças, ao mesmo tempo que se mantêm, no cotidiano, espaços sociais racialmente hierarquizados.

O efeito desse discurso é a negação ou dificuldade de pertencimento racial por parte dos grupos historicamente oprimidos, o desconforto em identificar o outro racialmente e a manutenção da branquitude como posição de neutralidade racial.

Com base nessas reflexões, foi proposta uma atividade prática sobre o quesito raça/cor, estruturada em três blocos, por meio de formulário online:

a) Autodeclaração – com base no formulário do Censo IBGE 2022, com opções fechadas, respondida individualmente;

b) Heteroidentificação – com as mesmas opções do IBGE, acrescidas de justificativas baseadas em características fenotípicas (cor da pele, textura do cabelo, formato do nariz) e campo aberto para descrição, realizada em duplas;

c) Identidade racial – campo aberto para a livre expressão, respondido individualmente. Após a atividade, os(as) facilitadores(as) apresentaram gráficos com os resultados, evidenciando diferenças percentuais entre os resultados de autodeclaração e heteroidentificação, a predominância da cor da pele como principal marcador racial e a diversidade de expressões de identidade racial, frequentemente articuladas ao gênero.

O debate revelou dúvidas sobre a classificação racial própria e alheia, resgates de memórias familiares

em suas diversidades fenotípicas. Discutiu-se também o papel do mito da democracia racial como obstáculo à consciência racial bem como a importância da autodeclaração para a formulação de políticas públicas, especialmente as relativas à saúde. A heteroidentificação foi abordada como mecanismo de garantia do acesso às ações afirmativas, como nos concursos públicos, com foco na reserva de vagas para profissionais da saúde – política pública fundamental para mitigar a distribuição racial desigual entre as profissões de Saúde, sendo as de maior prestígio social e remuneratório de maioria branca e o contrário, de negros(as) e indígenas, inclusive nos serviços públicos de saúde.

Por fim, embora a classificação do IBGE em cinco categorias (preto, pardo, branco, indígena e amarelo) seja fundamental para identificar numericamente as desigualdades raciais bem como para a formulação de políticas de igualdade racial desde os anos 1990, ela não contempla plenamente (e não se propôs a isso) a diversidade fenotípica brasileira. Neste sentido, o debate sobre identidade racial como dimensão da saúde revela-se essencial para a afirmação de pertencimento, construção de solidariedade e fortalecimento das lutas coletivas de populações negras e indígenas, cujas

existências têm sido historicamente marcadas pelo racismo, pela dor e pelo adoecimento coletivo.

3.2 Letramento Racial e Saúde: Aspectos Conceituais

Conhecer a história da formação social brasileira é uma condição para compreensão da totalidade do racismo. O Brasil, fundado na violência de raça e gênero, genocídio dos povos indígenas, sequestro e comercialização dos povos africanos, exploração predatória das riquezas naturais, chega ao século XXI com suas elites sustentando o racismo como forma de manutenção da exploração de trabalho, dispersão da força solidária e contestadora da população oprimida. Estas são questões de grande importância para se compreenderem as diversificadas expressões do racismo, sejam nos códigos discursivos e comportamentais nas relações interpessoais, passando por legislações e até nas decisões macroeconômicas.

Este é o pressuposto que guia o segundo momento, iniciado pelo diálogo sobre o letramento racial, abordando seus conceitos e fundamentos, articulando saberes históricos, políticos e epistemológicos que favorecem a

análise interseccional das desigualdades. Em seguida, no intuito de integrar elementos conceituais à percepção desses sujeitos sobre racismo, optou-se pelo uso de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. As(Os) participantes foram organizadas(os) em pequenos grupos e orientadas(os) a elaborar uma encenação de cenas do cotidiano, de situações de racismo nos serviços de saúde, que serviram de disparadores para a discussão posterior.

Os grupos encenaram diversas situações, tais como a flexibilização de regras para pessoas brancas e o endurecimento para pessoas negras, evidenciando os privilégios de usuários brancos no acesso a profissionais; a existência de barreiras para pessoas negras conseguirem progredir para cargos de gestão nos serviços de saúde; o uso de apelidos e o comportamento inadequado de alguns colegas com algumas trabalhadoras, principalmente agentes comunitárias de saúde, diferente de outros profissionais brancos e de nível superior; as dificuldades de profissionais negros(as) serem reconhecidos(as) como profissionais de saúde por usuários(as); ou até mesmo situações em que familiares negros de profissionais, ao adentrarem o serviço, serem julgados como possíveis ameaças por trabalhadores(as) da segurança, entre outras tantas.

Esse momento mobilizou diversos sentimentos e discussões no grupo, que pôde reconhecer diversas expressões do racismo no cotidiano do trabalho nas unidades de saúde e como estas estão presentes na realidade de praticamente todos(as) os(as) participantes da oficina.

Em seguida, foi conduzida uma exposição dialogada, que destacou a importância de se conhecer a história da formação social brasileira, reconhecendo o racismo como um fenômeno estrutural e presente, e não como um resquício do passado. Além disso, foram abordados o lugar social do privilégio branco bem como os mecanismos de acesso desigual a recursos e oportunidades decorrentes desse sistema.

Também foram utilizados, como parte das estratégias metodológicas, vídeos curtos sobre a temática, que permitiram reflexões e debates sobre a crítica à ideia biológica de raça e sua concepção como uma construção social sustentada pelo racismo, que exige nomear adequadamente os conceitos e reconhecer as formas sutis e cotidianas de reprodução das hierarquias raciais. O primeiro dia da oficina foi essencial para a busca da superação de visões fragmentadas sobre os determinantes sociais da saúde, integrando raça, gênero e classe em uma análise complexa e situada, capaz de

orientar práticas de cuidado mais justas e inclusivas no SUS.

3.3 Processo de Trabalho na Atenção Primária à Saúde e a Questão Racial

No segundo dia, o terceiro momento foi iniciado com a proposição de uma discussão sobre o processo de trabalho em saúde na APS e sobre a necessidade de se incluir, no âmbito das práticas de saúde dos(as) profissionais que atuam nos territórios, o enfrentamento ao racismo.

Visando disparar essa discussão, propôs-se inicialmente uma reflexão sobre as práticas de saúde que são desenvolvidas na Atenção Primária, suas características e os principais elementos que as potencializam e as limitavam na realidade concreta em que estavam inseridos, sobretudo quando se tem como propósito o desenvolvimento de um trabalho orientado por uma perspectiva abrangente de APS, como pretende ser a Estratégia Saúde da Família (ESF), com uma concepção ampliada de saúde, na qual a determinação social do processo saúde-doença-cuidado ocupa lugar central na organização do processo de trabalho.

Algumas perguntas disparadoras foram propostas: O que é uma prática de saúde? Quem define o que é uma prática e quem deverá desempenhá-la? Quem determina se as práticas de saúde são válidas, coerentes ou necessárias? E de que forma as características atuais da sociedade influenciam as práticas de saúde?

Buscando-se aprofundar as discussões disparadas, partiu-se das contribuições de Gonçalves (1992), que compreende as práticas de saúde como conjuntos estruturados de práticas sociais, portanto históricas, sendo sua característica essencial à reprodução da sociedade, que, por sua vez, é determinada por relações sociais de produção.

Partiu-se, portanto, do entendimento de que as práticas de saúde não podem ser reduzidas a aspectos técnicos e estão diretamente relacionadas à reprodução de padrões sociais e historicamente construídos de normatividade. Propôs-se, assim, uma reflexão sobre como as profissões, as técnicas, o conhecimento científico, os serviços de saúde e até as políticas de saúde, entre outras questões, são acomodados a características do processo histórico de conformação da sociedade brasileira de conjunto – portanto capitalista – e que tem como base de seu desenvolvimento a escravização de pessoas negras. São, pois, produzidas

conforme interesses e características de quem tem condições de defini-las, em geral uma classe dominante branca, cujos interesses não necessariamente se voltam para o cuidado de todas e todos, mas prioritariamente a si mesma.

Essa perspectiva de compreensão do que é uma prática de saúde tem como base a concepção materialista-histórica de trabalho, que permitiu a construção do conceito de processo de trabalho, o qual é constituído por três elementos: o objeto de trabalho, a atividade orientada a um fim e os instrumentos ou meios de trabalho. Ou seja, no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua, por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim (Marx, 1980). Nesse processo, o homem também se transforma, humanizando-se.

Propôs-se, então, uma reflexão sobre o caráter do trabalho e do(a) trabalhador(a) da saúde em uma sociedade atualmente marcada por uma lógica neoliberal e estruturada no racismo, em que a saúde, reduzida à doença, é compreendida basicamente como fonte de lucro, com acesso restrito a poucos, em um processo que valoriza a fragmentação e a hiperespecialização do

cuidado e das ferramentas de trabalho, em detrimento de uma lógica humanizada e ampliada. Trata-se, pois, de uma perspectiva que não valoriza o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, incluindo-se aqui o racismo, aspecto que precisa ser, inicialmente, compreendido e, posteriormente, assumido como realidade a ser disputada e transformada.

Neste sentido, a perspectiva teórica adotada também aponta para a necessidade e possibilidade de superação dessa lógica, na medida em que a tomada de consciência representa um primeiro passo para disparar mudanças no processo de trabalho, constituindo, assim, uma práxis. Com base nesta premissa, propôs-se uma atividade em grupos, de modo que os(as) participantes assumissem como objeto/finalidade do trabalho o enfrentamento ao racismo na saúde, devendo discutir e apontar as principais características que os(as) agentes/profissionais da saúde precisam ter, além de delinear propostas de atividades especificamente voltadas para a transformação do objeto bem como identificar os principais instrumentos de trabalho, materiais ou imateriais, que poderiam ser utilizados no processo de trabalho em questão. Ao final, as propostas e reflexões foram compartilhadas e discutidas pelo grupo.

Observou-se o delineamento de diversas atividades, que incluíram: a implantação de um acolhimento específico para casos de racismo nas unidades; educação permanente promovida pelos(as) próprios(as) profissionais que se capacitaram na temática, enfocando profissionais considerados estratégicos pelos(as) próprios(as) colegas; desenvolvimento de ações educativas com usuários(as), incluindo o desenvolvimento de peças teatrais, em grupos ou em salas de espera; criação de uma ouvidoria; construção de uma galeria expositiva visual que disparasse reflexões sobre a temática, entre outras.

Em relação aos(às) agentes envolvidos(as) nestas atividades, reconheceu-se a importância da participação de profissionais das equipes de saúde da família, ressaltando-se os(as) ACSs, os(as) profissionais das equipes e Multi/NASF, os(as) usuários(as) e os(as) gestores(as), todos(as) com um perfil de multiplicadores(as) da perspectiva antirracista. Como principais instrumentos de trabalho, foram sugeridos a construção e uso de cartilhas, vídeos informativos e uso de aplicativos de mensagens para disparar conteúdo específico aos(às) usuários(as).

Por fim, reconheceu-se a necessidade de se articularem os serviços e profissionais da APS a outros serviços da rede em geral, incluindo-se unidades de referência para o enfrentamento do racismo para além da saúde, ou seja, escolas, centros comunitários e demais equipamentos do território, de modo a garantir maior efetividade e abrangência das ações propostas, tornando-as permanentes.

Esse projeto, embora rápido e inicial, promoveu importante reflexão e mobilização entre os(as) participantes, que reconheceram a possibilidade concreta de se dispararem processos em seus territórios que culminassem na adoção de ações de enfrentamento do racismo na APS, mesmo reconhecendo sua complexidade. Discutiu-se como essas ações demandam a construção ou reconstrução de práticas de saúde antirracistas e como estas podem e devem ser permanentemente tensionadas, de modo que o objeto do trabalho, em suas realidades, inclua efetivamente o racismo como determinante social a ser enfrentado.

3.4 Estratégias para Tornar o(a) Profissional de Saúde um Ator Antirracista

O Letramento Racial, como dito, objetiva ofertar leitura crítica racial da realidade para modificá-la. Neste sentido, o quarto e último momento da Oficina pretendeu provocar reflexões sobre possibilidades de práticas antirracistas nos serviços de saúde. Partindo do pressuposto de que o racismo não se restringe à sua dimensão interpessoal e considerando seu caráter institucional, foi proposto que os(as) participantes trabalhassem em pequenos grupos novamente, na construção de um plano de ações voltado ao enfrentamento do racismo, considerando os contextos de atuação nos quais estavam inseridos(as).

Este momento se orientou pela perspectiva do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS), no intuito de familiarizar os(as) profissionais com os instrumentos da gestão local. O PPLS é uma proposta metodológica que permite a negociação entre os(as) diversos(as) participantes interessados(as), com capacidade de agir em determinada situação (Vilasbôas, 2004).

Os grupos receberam uma planilha com uma Matriz de Programação de Ações que continha dois blocos: a) Situação problema; descritor; indicador; meta; resultado esperado; b) ações; recursos necessários; produtos a serem alcançados; prazo de conclusão; responsável. A partir dessa matriz, os(as) participantes elaboraram ações, a partir de análises, sínteses e pactuações, que foram compartilhadas e debatidas ao final do espaço. A atividade foi bastante dinâmica e contou com excelente colaboração de todos(as). Com essa estratégia, os sujeitos puderam experienciar o uso do PPLS no cotidiano do SUS, compreendendo que ações e práticas antirracistas podem ser concretizadas por meio de planejamento estruturado nas equipes de saúde.

Ao final da atividade, foi realizada uma avaliação global da oficina, a qual foi considerada bastante positiva pelas pessoas participantes, que compartilharam relatos sobre como os temas discutidos ao longo dos dois dias haviam despertado nelas a necessidade de reflexão sobre o racismo estrutural e como ele interfere na saúde.

3.5 Análise da experiência formativa

A formação, concebida como um processo vinculado à condição de um sujeito social, parte do princípio de que tal sujeito não apenas vivencia os acontecimentos cotidianos mas também os ressignifica, atribuindo-lhes novos sentidos (Macedo, 2010). Sendo assim, informações e saberes, quando mediados pela experiência, deixam de ser elementos isolados e passam a constituir práticas formativas. Nesse âmago, compreende-se que o ato de aprender envolve a capacidade de transformar conteúdos objetivos em vivências subjetivas. Esse movimento de apropriação e reconstrução é fundamental para a constituição de experiências significativas. A formação, portanto, não se limita à aquisição de conhecimentos, mas implica uma dimensão existencial e relacional. Neste sentido, o Ser social emerge como protagonista na produção de sentidos que sustentam o processo educativo (Macedo, 2010).

Fundamentado na compreensão supracitada, após a realização da oficina, foi enviado um formulário de avaliação a todo o público participante[1], buscando

1 A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de

compreender de que forma o conhecimento construído no processo formativo pode contribuir para a modificação da prática profissional. Dos 19 respondentes, 57,9% relataram que não haviam acessado material sobre raça e racismo antes da oficina, enquanto 42,1% responderam que haviam acessado. Adicionalmente, 78,9% responderam que não haviam acessado material sobre letramento racial, tendo 21,1% informado ter tido acesso anteriormente.

Uma outra pergunta realizada no formulário foi: "Você avalia que a experiência do curso mudou a sua percepção sobre racismo?", tendo 68,4% respondido que sim. As justificativas para essa resposta, apresentada pelos participantes, indicam que a experiência da oficina promoveu uma ampliação da percepção sobre o racismo, tanto em sua dimensão estrutural quanto nas práticas cotidianas. Os relatos evidenciam o desenvolvimento de um olhar mais crítico e atento às formas sutis de discriminação bem como a compreensão de conceitos como *branquitude* e seus privilégios. Houve reconhecimento de que o racismo afeta diretamente

Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o parecer 7.940.280 e CAAE 84743624.1.0000.5292. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

a identidade e a autopercepção de pessoas pretas e pardas, ao mesmo tempo que reforça desigualdades sociais sustentadas por um sistema político excludente, como exemplificado no trecho abaixo destacado.

> *Antes do curso, sempre achava estranho o fato de existir pessoas pretas e pardas racistas. Durante o curso, pude refletir e perceber que o racismo faz com que a gente renegue e, consequentemente, desvalorize a nossa identidade quando buscamos nos assemelhar às características de pessoas brancas numa tentativa de não sermos vítimas de preconceito. Esse comportamento mexe com a nossa autopercepção, por isso o racismo é um assunto tão delicado de se abordar. No fim do curso, cheguei à conclusão que tudo isso faz parte do jogo de um sistema político que visa privilegiar uma determinada raça/classe social, ignorando as diversidades existentes e suas riquezas, e aumentando cada vez mais a desigualdade social*[2] *(Cursista 1 – Oficina Letramento Racial para Trabalhadores do SUS, 2025).*

2 As falas dos participantes foram transcritas ipsis litteris, a fim de se manter a fidelidade discursiva. Também foram apresentadas em itálico para diferenciar das transcrições de textos de base teórica que fundamentam esta discussão.

A oficina também possibilitou reflexões sobre a necessidade de tratar com maior efetividade situações de desigualdade na Atenção à Saúde, ampliando horizontes e perspectivas sobre o recorte racial nas relações interpessoais e profissionais. Além disso, destacou-se a urgência de se expandirem estratégias formativas para o enfrentamento ao racismo, especialmente no âmbito da APS, reforçando-se o papel dos futuros profissionais na promoção de práticas equitativas e no combate às iniquidades. Em síntese, a experiência foi avaliada como transformadora, ao proporcionar novos conhecimentos, ampliar visões e consolidar o entendimento de que o enfrentamento ao racismo é um compromisso ético e profissional indispensável.

Quando perguntados sobre se, a partir da oficina, visualizam possibilidades de ações antirracistas a serem implementadas na sua realidade, 89,5% dos participantes responderam que sim. Entre as propostas, destacam-se iniciativas voltadas para a educação permanente, como a ampliação de cursos de letramento racial, rodas de conversa, oficinas e materiais informativos que promovam senso crítico e conscientização sobre o racismo. Os relatos enfatizam a importância de não se minimizarem situações de preconceito, de apoiar e escutar ativamente as pessoas

que vivenciam discriminação bem como de incentivar a denúncia e o enfrentamento coletivo.

> *Primeiramente, promover educação em saúde sobre letramento racial e como identificar práticas racistas no cotidiano de atendimento e trabalho seria de extrema importância para facilitar a compreensão do que de fato é o racismo e como ele ocorre, tanto para profissionais como para a sociedade que utiliza os serviços públicos de saúde* (Cursista 2 – Oficina Letramento Racial para Trabalhadores do SUS, 2025).

> *Dentre as ações, torna-se importante que a luta antirracista faça parte das reuniões de equipe e de ações de educação permanente nos diferentes espaços de trabalho no Sistema Único de Saúde, sendo a Atenção Primária à Saúde um ponto crucial para esse enfrentamento* (Cursista 3 – Oficina Letramento Racial para Trabalhadores do SUS, 2025).

.

Além disso, ressaltam a necessidade de valorizar profissionais negros e indígenas, respeitar especificidades culturais e combater práticas que reproduzem preconceitos no cotidiano. A incorporação da pauta antirracista nas reuniões de equipe e nos espaços de formação em saúde é apontada como

fundamental para consolidar estratégias de acolhimento e cuidado equitativo, especialmente na APS, reforçando o compromisso ético e social do SUS com a justiça e a dignidade.

A relação entre os resultados apresentados e a compreensão de formação delineada por Macedo (2010) evidencia como o processo formativo transcende a mera aquisição de conteúdos e se configura como experiência significativa capaz de transformar práticas profissionais e pessoais. Os resultados da oficina de letramento racial para trabalhadores do SUS demonstram que a formação possibilitou aos participantes ampliar sua percepção crítica sobre o racismo, reconhecer suas implicações estruturais e refletir sobre sua própria identidade e atuação. Neste sentido, a oficina não se limitou a transmitir informações, mas promoveu um movimento de ressignificação, em que os sujeitos sociais transformaram conhecimentos e vivências em experiências formativas implicadas (Macedo, 2010). A incompletude infinita da formação se manifesta nos relatos, ao apontarem para a necessidade contínua de expandir estratégias antirracistas, incorporar práticas de acolhimento e valorizar a diversidade cultural e profissional no SUS. Assim, a oficina exemplifica como a formação, enquanto processo dinâmico e relacional,

contribui para o saber-refletir, saber-fazer e saber-ser, consolidando o compromisso ético e social dos profissionais de saúde com a justiça e a equidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões e práticas mobilizadas ao longo da oficina evidenciaram a potência de estratégias formativas presenciais como espaços de construção coletiva de saberes e de fortalecimento de vínculos entre universidade, serviços de saúde e territórios. A participação ativa de profissionais da APS, especialmente agentes comunitários(as) de saúde, demonstrou que a luta contra o racismo na Saúde precisa considerar e valorizar os sujeitos que vivenciam, reconhecem e disputam cotidianamente o cuidado, em contextos marcados por desigualdades estruturais. Ao se reconhecerem como sujeitos racializados e partícipes da transformação social, os(as) profissionais puderam deslocar compreensões naturalizadas sobre raça e racismo, incorporando novos sentidos às suas práticas de cuidado.

A oficina também evidenciou que o enfrentamento ao racismo no SUS requer o reconhecimento de que o

racismo é um determinante social da saúde e, portanto, deve ser incorporado como objeto de trabalho dos(as) profissionais da saúde. A partir dessa compreensão, os(as) participantes elaboraram, coletivamente, propostas concretas, estratégias de ação e planos de intervenção articulados ao cotidiano dos serviços e dos territórios. Essas propostas apontam para a construção de tecnologias antirracistas no SUS – entendidas não apenas como instrumentos técnicos mas como práticas sociais e políticas enraizadas em uma perspectiva crítica, interseccional e emancipadora.

Neste sentido, a experiência vivida em Natal/RN reforça a importância de se ampliarem e se diversificarem iniciativas de letramento racial em diferentes regiões do país, respeitando-se as especificidades locais e fomentando-se redes de solidariedade e intercâmbio de saberes. Ao apostar na formação crítica, na valorização dos sujeitos do SUS e na articulação entre ensino, serviço e comunidade, a oficina contribui para a construção de um SUS comprometido com a equidade racial e com o direito à saúde de todas e todos. Estima-se que essa experiência possa se somar aos esforços empenhados por uma saúde pública efetivamente antirracista, em permanente construção e disputa, contribuindo também para fortalecer projetos que qualificam e mobilizam os

trabalhadores do SUS, a exemplo do *podcast* Fale com Agente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. B. Sozinho, me ajoelho; Juntos, nos levantamos: gesto e performance em levantes. **Galáxia** (São Paulo), São Paulo, n. 46, p. 1-20, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-2553202153738. Acesso em: 18 mar. 2026

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília: Presidência da República, 2010. Disponível em:https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm. Acesso em: 01 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, n. 140, p. 30–47, São

Paulo: 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0101-6628.236. Acesso em: 18 mar. 2026.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde:** processos de trabalho e necessidades**.** São Paulo: CEFOR, 1992, 53 p. (Cadernos CEFOR –Textos, 1). Disponível em: https://fps.edu.br/uploads/downloadsuploads/doc1.pdf. Acesso em: 30 jun. 2025.

MACEDO, R. S. **Compreender/mediar a formação**: o fundante da educação. Brasília: Pulso Editorial, 2010.

MARX, K. **O capital:** crítica da economia política. Livro 1. Trad. por Friedrich Engels. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1980.

NOGUEIRA, K. W. A. S. Crise do capital e governo Bolsonaro: impactos sobre a saúde pública brasileira. **SER Social**, Brasília, v. 25, n. 53, 2023. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/42090. DOI: 10.26512/ser_social.v25i53.42090. Acesso em: 30 jun. 2025.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo"**: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. DOI 10.11606/T.47.2012.tde-21052012-154521. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-21052012-154521/pt-br.php. Acesso em: 24 jul. 2025.

SILVA, A. C. R.; LEMOS, A. C. S. "Race and health": Black female healthcare providers in the COVID-19 pandemic. **Saúde e**

Sociedade, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 1-12, 2024. Disponível em: https://revistas.usp.br/sausoc/article/view/231288. Acesso em: 30 jun. 2025.

SOARES, M.; SILVA, L. B. Pandemicídio e superexploração: sem saúde, sem trabalho e sem comida. *In:* SANTOS, T. V. C.; SILVA, L. B.; MACHADO, T. O. (org.). **Trabalho e saúde**: diálogos críticos sobre crises. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 29–46. Disponível em: https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/8e5deb6a-f008-4553-9c72-a0e8d005832f/content. Acesso em: 30 jun. 2025.

TWINE, F. W. A white side of black Britain: The concept of racial literacy. **Ethnic and Racial Studies**, London, v. 27, n. 6, p. 878–907, 2004. DOI 10.1080/0141987042000268512. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0141987042000268512. Acesso em: 30 jun. 2025.

TWINE, F. W.; STEINBUGLER, A. C. The gap between whites and whiteness: interracial intimacy and racial literacy. **Du Bois Review**: Social Science Research on Race, Cambridge, v. 3, n. 02, p. 341-363, 2006. Cambridge University Press (CUP). DOI 10.1017/s1742058x06060231. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/journals/du-bois-review-social-science-research-on-race/article/abs/gap-between-whites-and-whiteness-interracial-intimacy-and-racial-literacy/91EBD9F47FB7E1F56C01DDE8FFE92C2D. Acesso em: 18 mar. 2026.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/proformar_6.pdf. Acesso em: 30 jun. 2025.

ORGANIZADORES

Maurício Wiering Pinto Telles

Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Saúde Comunitária (UFBA) e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua como docente em cursos de graduação e pós-graduação da UFRN, na área de saúde coletiva.

https://orcid.org/0000-0002-5568-6877

José Jailson de Almeida Júnior

Professor associado do Departamento de Saúde Coletiva e é o atual coordenador do curso de graduação em Saúde Coletiva. Possui graduação e mestrado em Enfermagem e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

https://orcid.org/0000-0001-7448-0703

Maria Clara Santana Maroja

Servidora técnico administrativa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, onde desenvolve atividades editoriais relacionadas à publicação de livros e artigos em periódicos científicos. Possui graduação e mestrado em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

https://orcid.org/0000-0002-1392-8145

AUTORES

Adriana Gomes Magalhães

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com mestrado em Engenharia Biomédica pela mesma instituição e doutorado em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). É professora associada da UFRN, atuando nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Fisioterapia. Possui experiência nas áreas de fisioterapia obstétrica, saúde da mulher, saúde materno-infantil e funcionalidade. Desenvolve pesquisas voltadas à saúde coletiva.

Alessandro Galvão de Brito

Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e mestrando em Saúde da Família (PROFSAÚDE/Universidade do Estado

do Rio Grande do Norte - UERN). Atua na Unidade de Saúde da Família do Gramoré, no município de Natal/Rio Grande do Norte, com ênfase em prevenção em saúde bucal, integração ensino-serviço-comunidade e promoção da equidade no Sistema Único de Saúde. É preceptor no Programa PET-Saúde/UFRN.

Alisson Pereira de Paiva

Bacharel em Ciências Contábeis e Graduando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), pós-graduado em Vigilância Sanitária e em Saúde Coletiva pelo Instituto Prominas Serviços Educacionais. Atua como Agente de Combate às Endemias no Município de Natal-RN.

Ana Kalliny de Sousa Severo

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), mestre em psicologia pela UFRN e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Atua como docente pelo Departamento de Saúde Coletiva, na Pós Graduação em Saúde Coletiva (FACISA/UFRN), na Pós Graduação em Saúde da Família no Nordeste (RENASF).

https://orcid.org/0000-0002-9548-6394

Avânia Dias de Almeida

Bacharel em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), especialista em Saúde Pública e em Administração Pública pela UFRN e mestre em Gestão, Trabalho, Educação e Saúde pela UFRN. É apoiadora de implementação do Programa Agora Tem Especialistas no Rio Grande do Norte.

Bárbara Monique Alves Desidério

Psicóloga, especializada em Neuropsicologia, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Bolsista CAPES.

Bárbara Patrícia da Silva Lima

Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), mestra em Ensino na Saúde pela Universidade de Federal de Alagoas (UFAL), doutora em Ciências (AC: Ensino na Saúde) pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Atua como docente em cursos de graduação e pós-graduação da UNCISAL, nas áreas de Saúde Coletiva, Saúde da Família, Interprofissionalidade e Saúde da População Negra.

https://orcid.org/0000-0002-8693-0139

Bruno da Silva Santos

Licenciado em Geografia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), pós-graduado em Educação inclusiva pela Universidade Cruzeiro do Sul e mestre em Geografia pela UFRN . Atua como Agente de combate às endemias no Município de Natal-RN e como docente de Geografia na rede estadual do Rio Grande do Norte.

Carla Luiza Cândido de Carvalho Freire

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Mestranda no Programa de Saúde Coletiva da FACISA/UFRN.

Cíntia Fernanda de Lima

Agente Comunitária de Saúde (Secretaria Municipal de Saúde de Natal/Rio Grande do Norte). Integrante do Fórum Vila em Movimento (Ponta Negra - Natal/RN). e defensora dos direitos das mulheres. Orientadora Social do PET-Saúde Equidade (UFRN/ SESAP/SMS de Natal/RN).

Cláudia Frederico de Melo

Servidora pública estadual, cirurgiã-dentista/ sanitarista, Diretora Geral da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (ESPRN) . Graduada em odontologia e Mestre em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Cleithiano Cândido de Freitas

Farmacêutico graduado pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN/FACISA) Atualmente atua como pesquisador no âmbito do mestrado, com interesse nas diversas interfaces da saúde coletiva.

Dayane Eugênia da Silva

Técnica em Controle Ambiental pelo Instituto Federal do Rio Grande do Norte (IFRN), graduanda em Comunicação Social – Publicidade e Propaganda pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua como redatora na consultoria de diversidade e inclusão Transcendemos. Bolsista extensionista de comunicação do projeto Fale com a Gente (UFRN).

Erika dos Santos Pereira

Nutricionista pela Universidade Potiguar (UnP), graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Fernando Alencar Silva Santos

Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e autor do livro "De Catador ao Consultório: lições a partir das vivências de um vencedor".

Jadson Gomes da Silva

Graduando em Medicina pela Universidade Federal Rural do Semi-árido (UFERSA). Assistente em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua como secretário da Coordenação do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da UFRN.

Janaína de Lima

Graduada em Comunicação Social: Jornalismo pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestra em Estudos da Mídia (PPGEM/UFRN). Doutoranda em Antropologia Social (PPGAS/UFRN).

Atuou como Coordenadora da Diversidade Sexual e de Gênero do Estado (CODIS/SEMJIDH) e como Assessora Parlamentar em Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado (ALRN).

João Vitor Ferreira Assunção de Araújo

Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua como aluno bolsista do projeto Fale com Agente.

José Jailson de Almeida Júnior

Professor associado do Departamento de Saúde Coletiva e é o atual coordenador do curso de graduação em Saúde Coletiva. Possui graduação e mestrado em Enfermagem e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

José Luan Alves da Costa

Graduando em comunicação social com habilitação em Jornalismo pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Bolsista extensionista de comunicação do projeto Fale com a Gente (UFRN).

Kívia Laís de Lima Mota

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Bolsista de Iniciação Científica e extensionista do projeto Fale com Agente (UFRN).

Lauro Gabriel Bezerra Santos

Enfermeiro graduado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), mestre em Gestão, Trabalho, Educação e Saúde (UFRN). Atua como enfermeiro, servidor efetivo da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN e exerce o cargo de Chefe do Dimensionamento e Monitoramento da Força de Trabalho e Contratos na SESAP/RN.

Lavínia Mabel Viana Lopes

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), residência em Atenção Básica pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da UFRN, mestre e doutora em Saúde Coletiva pela UFRN. Atua como docente no curso de graduação em Fonoaudiologia da UFRN, na área de Saúde Coletiva.

https://orcid.org/0000-0002-7634-1181

Leandro Medeiros Dantas

Bacharel em Ciências e Tecnologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Bacharel em Engenharia Ambiental pela UFRN, pós-graduado em Informatica na Saúde pela UFRN. Atua como Agente de Combate às Endemias no Município de Natal-RN.

Letícia Batista Silva

Bacharel em Serviço Social pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e doutora em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e pós doutoranda em História Econômica pela Universidade do Estado de São Paulo (USP). Atua como pesquisadora em saúde pública na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ) e como docente na Universidade Federal Fluminense. Atua também como docente nos programas de pós-graduação em Educação Profissional em Saúde e Saúde Pública Profissional, ambos da FIOCRUZ, nas áreas de formação social, economia política e saúde da população negra.

https://orcid.org/0000-0002-4523-2868

Letícia Luana Claudino da Silva

Psicóloga pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Lune Jací Borges Leal

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Conselheira de Saúde do Rio Grande do Norte, Coordenadora-adjunta da Comissão intersetorial de Saúde das Mulheres (CISMU), Coordenadora do Centro Acadêmico de Saúde Coletiva (UFRN), Integrante do movimento Levante Popular da Juventude e da Associação Potiguar de Travestis e Transsexuais Attransparencia/RN.

Marcos Vinícius Ribeiro de Araújo

Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), mestre em Saúde Comunitária e doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e pós-doutorado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ). Atua como docente e pesquisador em cursos de graduação da UFBA e pós-graduação

da UNEB, nas áreas de Saúde Coletiva e Saúde da População Negra.

https://orcid.org/0000-0001-9293-6111

Maria Clara Santana Maroja

Servidora técnico administrativa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, onde desenvolve atividades editoriais relacionadas à publicação de livros e artigos em periódicos científicos. Possui graduação e mestrado em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

https://orcid.org/0000-0001-9653-5688

Maurício Wiering Pinto Telles

Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre em Saúde Comunitária (UFBA) e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atua como docente em cursos de graduação e pós-graduação da UFRN, na área de saúde coletiva.

https://orcid.org/0000-0002-3636-6415

Pablo Vicente Mendes de Oliveira Queiroz

Psicólogo pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), mestre em Psicologia (UFPB), doutor em Psicologia (UFPB) e doutor em Psicogerontologia Perspectivas do Ciclo Vital pela Universidade de Valência - Espanha. Atua como docente no curso de psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) da UFRN.

https://orcid.org/0000-0002-2322-262X

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima

Bacharel em Saúde Coletiva, Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e em Saúde Pública, Mestre em Ciências da Saúde e Doutor em Saúde Coletiva. Atua como professor substituto no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

https://orcid.org/0000-0002-0941-8604

Regimarina Soares Reis

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), mestre e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Atua como pesquisadora em saúde pública

na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ), nas áreas de financiamento da saúde, relações público-privado na saúde, determinação social da saúde e educação na saúde.

https://orcid.org/0000-0002-6019-3331

Rudnilson Candido da Silva

Agente Comunitário de Saúde do município de Natal/Rio Grande do Norte. Atua na Unidade de Saúde da Família Felipe Camarão II.

Samara Cibele Fernandes Barreto Magnos

Assistente Social graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), mestranda em Saúde Coletiva (UFRN).

Simone Cavalcante de Araújo

Bacharel em Recursos Humanos pela Universidade Potiguar. Agente Comunitária de Saúde, atuando como Administradora da Unidade de Saúde da Família Felipe Camarão II, em Natal, Rio Grande do Norte.

Valdelice Araújo Damasceno

Técnica em Enfermagem formada pelo Serviço Social do Comércio (SESC). Técnica em Agente Comunitário de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Técnica em Artes Cênicas - Escola Carlos Nereu de Souza. Licenciada em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Atua como Agente Comunitária de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Natal, na Unidade de Saúde da Família Felipe Camarão II, no Rio Grande do Norte.

Vladimir Andrei Rodrigues Arce

Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e pós-doutorado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ). Atua como docente e pesquisador em cursos de graduação e pós-graduação da UFBA e da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), nas áreas de Saúde Coletiva, Atenção Primária à Saúde, Práticas de Saúde e Modelos de Atenção à Saúde.

https://orcid.org/0000-0002-8664-9040

Yasmim Hellen Cunha

Jornalista, cientista e doutoranda em Ciências Climáticas, com foco na relação entre mudanças climáticas, saúde pública e populações vulnerabilizadas. Possui mestrado em Estudos da Mídia e graduação em Ciências Biológicas, além de ampla atuação em divulgação científica, especialmente nas áreas de saúde, clima e direitos socioambientais. Trabalha como jornalista freelancer no portal Drauzio Varella e tem experiência em pesquisa acadêmica, comunicação pública da ciência e projetos de advocacy.

O projeto **Fale com Agente** nasce do Programa de Equidade do Ministério da Saúde e transforma em livro as análises feitas em episódios de podcast conduzidos por Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. O livro revela como esses profissionais constroem pontes entre territórios, saberes e políticas públicas. Ao valorizar suas vozes, a obra reafirma a equidade como princípio essencial e celebra o protagonismo de quem sustenta, na prática, a vitalidade do SUS.

SUS 35 ANOS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO
editoraIFPB