



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS III
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

ANTONIO GOMES DA SILVA JUNIOR

**DIREITO E SAÚDE: OS DESAFIOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

**GUARABIRA
2022**

ANTONIO GOMES DA SILVA JUNIOR

**DIREITO E SAÚDE: OS DESAFIOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Artigo apresentado ao Departamento do Curso de Direito da Universidade Estadual da Paraíba – Campus III, em cumprimento às atividades requeridas, como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Direito.

Área de concentração: Direito Constitucional
Subárea: Direito à saúde

Orientador: Me. Filipe Mendes Cavalcanti Leite

**GUARABIRA
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586d Silva Junior, Antônio Gomes da.
Direito e saúde [manuscrito] : os desafios dos agentes comunitários de saúde durante a pandemia covid-19 / Antonio Gomes da Silva Junior. - 2022.
23 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Humanidades, 2022.

"Orientação : Prof. Me. Filipe Mendes Cavalcanti Leite, Departamento de Ciências Jurídicas - CH."

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Direito à saúde. 3. Covid19. I. Título

21. ed. CDD 342

ANTONIO GOMES DA SILVA JUNIOR

**DIREITO E SAÚDE: OS DESAFIOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

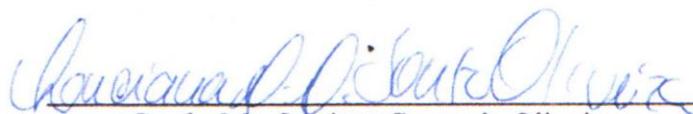
Artigo apresentado ao Departamento do Curso de Direito da Universidade Estadual da Paraíba – Campus III, em cumprimento às atividades requeridas, como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Direito.

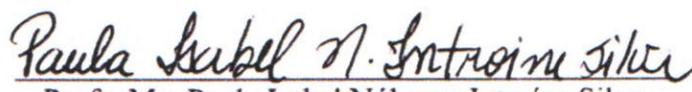
Área de concentração: Direito Constitucional
Subárea: Direito à saúde

Aprovada em: 26/07/2022.

BANCA EXAMINADORA


Prof. M^c. Filipe Mendes Cavalcanti Leite (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB))


Prof. Ma. Luciana Souto de Oliveira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Ma. Paula Isabel Nóbrega Introine Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

“Ser Agente Comunitário de Saúde é, antes de tudo, ser alguém que se identifica em todos os sentidos com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem, costumes; precisa gostar do trabalho. Gostar principalmente de aprender e repassar as informações, entender que ninguém nasce com o destino de morrer ainda criança ou de ser burro. Nós vivemos conforme o ambiente. É preciso ver que saúde não é só coisa de doutor e que favelado tem que cuidar de saúde, sim.” (SOUZA, 2000).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	06
2.1 EVOLUÇÃO CONSTITUCIONAL DO DIREITO À SAÚDE.....	07
2.2 A INOVADORA CONSTITUIÇÃO CIDADÃ DE 1988.....	09
2.3 O PAPEL ESTATAL DIANTE DO DIREITO À SAÚDE.....	10
3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	11
3.1 EVOLUÇÃO DO PROGRAMA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS À SAÚDE.....	13
3.2 A FIGURA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	14
4 DESAFIOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DIANTE DA PANDEMIA COVID-19	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	19

DIREITO E SAÚDE: OS DESAFIOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

ANTONIO GOMES DA SILVA JUNIOR¹

RESUMO

Este artigo científico tem a finalidade de analisar as contribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na concretização do direito fundamental à saúde diante da pandemia de Covid-19. Para tanto, utilizou-se de uma metodologia de pesquisa qualitativa, descritiva, com estudos de autores e da legislação, e biográfica, para apresentar uma evolução histórica da constitucionalização do direito fundamental à saúde, por meio de uma análise das sete Constituições brasileiras, tratando e comparando os principais pontos em cada uma delas, além da descrição do programa, sua evolução ao longo do tempo e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde antes e durante a pandemia de Covid-19, como também os desafios enfrentados por esses profissionais no cotidiano pandêmico. Constatou-se, que a Constituição Federal de 1988 foi a que deu maior visibilidade no âmbito da saúde, criando o SUS, além de diversos dispositivos infraconstitucionais, e o Agente Comunitário de Saúde teve papel fundamental no enfrentamento da Covid 19, conseqüentemente, no direito fundamental à saúde.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; direito à saúde; Covid-19.

ABSTRACT

This scientific article aims to analyze the contributions from the Community Health Agent (ACS) in the realization of the fundamental right to health in the face of the covid-19 pandemic. Therefore, a qualitative, descriptive research methodology was used, with studies of authors and legislation, and biographical research to present a historical evolution of the constitutionalization of the fundamental right to health through an analysis of the seven Brazilian Constitutions, treating and comparing the main points in each of them, description of the program, evolution over time and the performance of Community Health Agents before and during the Covid-19 pandemic, as well as the challenges faced by these professionals in the daily pandemic. It was found that the Federal Constitution of 1988 was the one that gave greater visibility in the field of health, creating the SUS, in addition to several provisions, and the below Constitutional Community Health Agent had a fundamental role in facing Covid 19, consequently, in the fundamental right to health.

Keywords: Community Health Agent; right to health; Covid-19

¹ Bachalerando em Direito pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus III. Agente Comunitário de Saúde pertencente ao quadro efetivo da Prefeitura Municipal de Cuitégi. E-mail: juniorgomes546@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, em uma perspectiva do Estado de bem-estar social, é de fácil percepção a atuação estatal na vida dos seus cidadãos, ao longo das diversas fases da existência do indivíduo. Em muitos momentos, o ser humano necessita de amparo ao ficar doente, desempregado, alcançar uma idade avançada ou enfrentar uma outra situação que enfraqueça suas habilidades laborativas que, conseqüentemente, diminuem as suas condições básicas de vida.

Do Brasil Império aos tempos atuais, há diversas transformações no papel do Estado em promover e garantir a saúde pública aos cidadãos. Por via das sete Cartas Magnas, é possível perceber as mutações que ocorreram nesse aspecto e analisar a construção da constitucionalização do direito fundamental à saúde.

Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 inova ao apresentar o direito fundamental à saúde, presente em diversos artigos do seu texto e em outros dispositivos infraconstitucionais, o que se constitui como um avanço significativo na história brasileira. É importante lembrar que em outros tempos, no âmbito da saúde, não havia um sistema tão sofisticado e universal na prestação dos serviços de saúde de forma gratuita. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma inovação além das fronteiras do país.

Dessa forma, o país dispor de um sistema como o SUS foi primordial no enfrentamento da Pandemia de Covid-19, que surgiu no fim de 2019. A doença é causada pelo vírus Sars-Cov-2 e pode ocasionar infecções respiratórias. A partir da rápida expansão da Covid-19, do alto número de casos de positivos e de mortes, as autoridades precisaram implantar medidas sanitárias para evitar propagação da doença, como uso de máscara, higienização frequente, distanciamento e isolamento social.

Neste trabalho científico, foi utilizado o método de pesquisa qualitativa, descritiva com o objetivo de identificar se os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) contribuíram com a materialização do direito fundamental à saúde durante a pandemia de Covid-19. Para tanto, esta pesquisa foi realizada baseada em estudos de autores e da legislação vigente, por meio de pesquisa bibliográfica, detalhando a constitucionalização do direito fundamental à saúde no Brasil, descrevendo o Programa e atuação dos Agentes Comunitários de Saúde antes e durante a pandemia, bem como os desafios enfrentados por esses profissionais.

2 A CONSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE BRASILEIRA

No âmbito global, segundo José Afonso da Silva (2016), a primeira Constituição a apresentar a saúde como direito fundamental é a da República Italiana. Posteriormente, a Constituição Portuguesa apresentou uma formulação universal para tratar da saúde. Além dessas Cartas Magnas, a do Reino da Espanha e da República da Guatemala também foram essenciais na construção do direito fundamental à saúde como se conhece nos tempos atuais, principalmente, no Brasil.

Já no contexto brasileiro, a Constituição Federal de 1988 é a primeira a dispor da saúde como direito fundamental, as Cartas anteriores, na maioria das vezes, trataram a temática apenas de forma generalizada ou com termos vagos (MENDES *et al*, 2018). Assim, a atual Lei Maior é um marco na garantia do direito fundamental à saúde.

Antes da Constituição de 1988, os indivíduos necessitavam atender aos requisitos para ter o acesso à saúde por meio dos órgãos públicos. Assim, os cidadãos que não preenchessem os critérios estabelecidos, a exemplo da renda e de estar atuando no mercado de trabalho, eram totalmente dependentes dos serviços de saúde do setor privado (SILVA, 2016).

2.1 EVOLUÇÃO CONSTITUCIONAL DO DIREITO À SAÚDE.

Na Constituição Imperial, de 1824, diferente da Carta Magna atual, não há nem sequer uma menção clara ao direito à saúde, o que mais se aproxima é o título 8º “Das Disposições Geraes, e Garantias dos Direitos Civis, e Políticos”, na redação do art. 179, inciso XXI, que garante os “socorros públicos”, sem qualquer explicação de como seria esta prestação de serviço.

É importante ainda mencionar que no contexto Imperial, esses “socorros públicos” eram prestados apenas aos cidadãos brasileiros reconhecidos pelo seguinte dispositivo:

Art. 6. São Cidadãos Brasileiros:

I. Os que no Brasil tiverem nascido, quer sejam ingenuos, ou libertos, ainda que o pai seja estrangeiro, uma vez que este não resida por serviço de sua nação.

II. Os filhos de pai Brasileiro, e Os illegitimos de mãe Brasileira, nascidos em paiz estrangeiro, que vieram estabelecer domicilio no Imperio.

III. Os filhos de pai Brasileiro, que estivesse em pai estrangeiro em serviço do Império, embora eles não venham estabelecer domicilio no Brazil.

IV. Todos os nascidos em Portugal, e suas Possessões, que sendo já residentes no Brazil na época, em que se proclamou a Independência nas Provincias, onde habitavam, aderiram à esta expressa, ou tacitamente pela continuação da sua residência.

V. Os estrangeiros naturalizados, qualquer que seja a sua Religião. A Lei determinará as qualidades precisas, para se obter Carta de Naturalização. (BRASIL, 1824).

Logo, além de não haver uma explicação clara de como aconteceria esse “socorro”, existia uma distinção das pessoas que poderiam ter acesso a esse serviço. Em análise a redação desse artigo transcrito, nota-se a exclusão dos que não dispõem de sua liberdade, assim, os escravos não teriam esse direito. Desse modo, em 1828, o Imperador resolve retirar, por decreto Imperial, a obrigação do gerenciamento dos serviços de saúde pública, passando assim, a responsabilidade aos estados membros e municípios. Todavia, em 1843, retorna o serviço de inspeção de saúde por meio de responsabilização do Ministério do Império devido ao insucesso da medida anterior (RAEFFRAY, 2005).

Nesse sentido, por volta de 1850, o Brasil império passou por mais um grande desafio com os surtos epidêmicos, como é o caso da febre amarela e da varíola. Nesse caos instalado na saúde pública, em 1876, houve alterações significantes nos serviços em saúde, como bem esclarece Raeffray:

Foi recomendada a reorganização dos serviços sanitários terrestres e marítimos em todo o Império, bem como várias medidas para melhorar as condições higiênicas da cidade do Rio de Janeiro (RAEFFRAY, 2005, p. 153).

Para o enfrentamento dessas duas doenças, o Estado direcionou praticamente todos os seus recursos, deixando as demais áreas da saúde apenas aos cuidados de instituições particulares e religiosas (CASTILHO, 2014). Já com a 1ª Constituição Republicana, de 1891, praticamente nada avançou no aspecto de direito à saúde, como bem esclarece Campos:

O quadro médico-sanitário agrava-se. A tuberculose, a varíola, a malária e a febre amarela fazem uma legião de vítimas, notadamente na capital e nas cidades portuárias. Além destes problemas, as autoridades dirigem também suas atenções para os males que assolam as áreas de produção do café e seu percurso por via férrea (CAMPOS, *et al*, 1987, pg.26).

Além disso, segundo Silva (2016), a Carta Magna de 1891 foi ainda mais acanhada ao retirar a garantia de “socorros públicos”, e dispor de uma “segurança individual” como proteção jurídica as epidemias da época, como demonstra o dispositivo:

Art. 72. A Constituição assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no país a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade nos termos seguintes [...] (BRASIL, 1891).

Segundo Soares e Motta (2014), ainda no século XIX, surgem serviços de saúde no Brasil. No entanto, as questões de saúde eram de responsabilidade estritamente individual, devendo ao cidadão ter como obrigação manter sua saúde por meio do “bom comportamento”, e ao Poder Público a tarefa de controlar as epidemias no espaço urbano. A precariedade dos recursos e a descentralização dos cuidados em saúde foram pontos importantes que levaram ao ineficaz combate das doenças da época. Entre os municípios, quase que somente São Paulo teve sucesso nos cuidados em saúde (CASTILHO, 2014).

Após longos anos de resultados insatisfatórios, apenas no início da década de 1930 há uma ampliação das bases sociais, que foi favorecida por conta da concentração capitalista ter sido dominada pelo capital industrial, dessa maneira, surge uma política nacional de saúde, embora, muito restringida (RAEFFRAY, 2005). Já a Carta Magna de 1934, advém dos movimentos sociais de 1930, inspirada pela Constituição de Weimar e da Revolução de 30, tendo avanços consideráveis no direito à saúde. Após o fim da República Velha, é constituído o Governo Provisório, em que tem a instituição de Getúlio Vargas ao poder (SILVIA, 2016).

A partir da nova Constituição, houve um aumento significativo nos direitos individuais e políticos, ficando à União e aos Estados responsáveis de forma concorrente aos cuidados em saúde e assistência pública. A Constituição ainda garantiu assistência médica e sanitária aos trabalhadores e gestantes, como demonstra:

Art 10. Compete concorrentemente à União e aos Estados:

(...) II - cuidar da saúde e assistência públicas;

“Art 121. A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a protecção social do trabalhador e os interesses econômicos do paiz.

§ 1.º A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que collimem melhorar as condições do trabalhador:”

(...)

“assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurado a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuizo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de accidentes de trabalho ou de morte” (BRASIL, 1934).

Ao longo do texto constitucional de 1934, diversos outros dispositivos realizaram menção ao direito à saúde. Dessa maneira, é considerada a segunda Constituição que mais referendou a temática, ficando atrás apenas da Constituição Cidadã (SILVIA, 2016). Assim, na Nova Ordem Normativa de 1937, segundo Silvia (2016), prevaleceu a obrigatoriedade das leis trabalhistas em assegurar os direitos dos trabalhadores. Já no aspecto de competência, houve a alteração de concorrente entre União e Estados para privativa da União, isto é, podendo ser

delegada:

Art. 137. A legislação do trabalho observará, além de outros, os seguintes preceitos: [...] I) assistência médica e higiênica ao trabalhador e à gestante, assegurado a esta, sem prejuízo do salário, um período de repouso antes e depois do parto; Art. 16. Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias: [...] XXVII - normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança (BRASIL, 1937).

Na Carta Magna de 1946, houve a tentativa de criar um texto intermediário entre as Constituições de 1934 e a de 1937. Assim, ficou de competência da União legislar sobre os assuntos da saúde, além disso, o novo texto defendia a proteção ao trabalhador, vantagens previdenciárias, e a medicina preventiva e curativa, que era praticamente privativo da saúde dos trabalhadores (CASTILHO, 2014).

Outro ponto de destaque é a inserção do direito à vida, *in vibis*

Art 141. - A Constituição assegura aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida, à liberdade, a segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes [...] (BRASIL, 1946)

Com a Constituição Federal de 1967 continua de competência privativa da União para legislar sobre a saúde. Além disso, garantiu aos trabalhadores e às suas famílias amparo hospitalar, médica preventiva e sanitária, como consta:

Art 158 - A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social: [...] XV - Assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva (BRASIL, 1967).

2.2 A INOVADORA CONSTITUIÇÃO CIDADÃ DE 1988

Após 21 anos de Ditadura Militar, a construção da nova Constituição, como esclarece Silvia (2016), se inicia com uma boa participação popular, no novo momento histórico, as pessoas estavam mais interessadas aos acontecimentos políticos. A partir das “Diretas já”, o envolvimento dos indivíduos foi bem notável, embora tenha reunido pessoas de segmentos e opiniões divergentes, permaneceram unidas na defesa da liberdade democrática e da cidadania. No novo momento vivido no solo brasileiro, a constituição de um novo ordenamento jurídico trazia esperança aos brasileiros depois de tempos difíceis. Neste sentido anota Rodrigo Padilha:

A atual Constituição é, acima de tudo, uma carta de esperança por dias melhores. Abarca direitos nunca antes tratados em textos constitucionais anteriores, é a carta mais completa da história no tocante aos direitos individuais, coletivos e sociais, é a Constituição que mais trouxe ações para tutelar esses direitos e também ampliou o âmbito de controle de constitucionalidade das leis, com o objetivo de garantir maior segurança ao sistema normativo (PADILHA, 2020, p. 72).

Para José Afonso da Silva (2016), a saúde sai da esfera de simples menções por questões organizacionais da União, nas Constituições anteriores, para um direito do homem na Carta Magna de 1988. Desta maneira, é garantido para além das questões de o indivíduo estar biologicamente bem, é necessária uma conjuntura de bem-estar. A Constituição de 1988 inova ao trazer o direito à saúde como direito fundamental da pessoa humana, sendo assim, uma

cláusula pétrea (SILVIA, 2016). Desse modo, dispõe:

O artigo 6 da Constituição Federal de 1988: São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

A Nova Carta ao dispor em seu Capítulo II do Título VII da Ordem Social sobre a Seguridade Social concretiza a criação de um estado de bem-estar social que viabiliza uma atuação especial na promoção de políticas sociais, as quais priorizam assegurar ao indivíduo direitos básicos para atender suas necessidades mínimas (OLIVEIRA *et al.*, 2020). No rol da Seguridade Social, a saúde, como estabelece a atual Carta Magna, é um direito universal, ou seja, para todos, e visa o acesso igualitário à promoção, restabelecimento e recuperação do bem-estar dos indivíduos (BRASIL, 1988). Ainda, acrescenta Ferreira Filho (2012) que a saúde é direito de todos e obrigação do Estado promovê-la. Dessa forma, o art. 196, da Carta Magna de 1988, define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, “garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Nesse sentido, o bem-estar social, as políticas públicas sociais e econômicas, e os princípios, como é o caso da universalidade, solidariedade e igualdade estão interligados na efetivação do direito à saúde na nova conjuntura constitucional (SILVIA, 2016).

2.3. O PAPEL ESTATAL DIANTE DO DIREITO À SAÚDE

Antes de mais nada, é necessário entender a definição de saúde, é importante dizer que o direito à vida e o direito à saúde estão entrelaçados de um modo direto, no entanto, é difícil de criar uma conceituação que possa diferenciar os dois termos. Para tanto, segundo a OMS (1947), saúde “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Ainda vale acrescentar o que dispõe a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080):

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (BRASIL, 1990).

Dessa maneira, é possível perceber que a conceituação de saúde pela Lei Orgânica da Saúde engloba para além da definição estabelecida pela OMS, por meio, principalmente, da maneira preventiva e como direito social.

No âmbito da Carta Magna de 1988, pontua Lenir Santos:

Diante do conceito afirmado pela Constituição de que ‘saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação’, abandonou-se um sistema que apenas considerava a saúde pública como dever do Estado, no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocassem em risco a saúde da coletividade, e assumiu-se que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação da saúde. A visão epidemiológica da questão

saúde/doença, que privilegia o estudo de fatores sociais, ambientais, econômicos e educacionais que podem gerar enfermidades, passou a integrar o direito à saúde. Esse novo conceito de saúde considera seus determinantes e condicionantes (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte etc.) e impõe aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde o dever de identificar esses fatos sociais e ambientais, e ao governo o de formular políticas públicas condizentes com a melhoria do modo de vida da população (SANTOS, 2010, p. 147)

Nesse sentido, o direito à saúde é elevado a um novo patamar, ganha o reconhecimento de que o cidadão é possuidor de tal direito, cabendo ao Estado o papel de ser o garantidor da integralidade de ações para a promoção da saúde. Ademais, diante das exposições feitas referentes ao art. 196 da Constituição Federal de 1988, percebe-se o dever do Estado em garantir à saúde através de políticas públicas. Dessa maneira, a ação estatal pode ocorrer por meio da regulação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde.

Já o art. 197, prevê a importância pública das citadas ações e serviços, cabendo a execução ser realizada de maneira direta ou por via de terceiros, sendo possível ser por pessoa física ou jurídica de direito privado. Por meio das diversas reformas e novas adequações das políticas públicas ao longo da história brasileira, como percebe-se na análise dos principais pontos de cada Constituição, constroem elementos indispensáveis no fortalecimento democrático da sociedade brasileira. Na perspectiva de Saúde Pública, o Sistema Único de Saúde (SUS) nasce após os seus antecedentes tratarem, mais especificamente, da parte epidemiológica e sanitária, o que acarretou uma cobertura precária e limitada, deixando assim, o Brasil com uma crescente dívida social no que tange o direito à saúde (BERMÚDEZ *et al.*, 2009).

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), da maneira que se conhece na atualidade, é fruto de diversas mobilizações ao longo da história brasileira, que há sua concretização na Constituição Federal de 1988. Assim, a construção do SUS é, imprescindivelmente, uma conquista na restauração de um País democrático. Por diversos anos, o Brasil passou por variadas formas de assistência precária à saúde das pessoas, nesse sentido pontua Bermúdez:

Partiu de modelos “campanhistas” com forte inspiração higienista, passando pelo modelo médico-assistencial privatista, característico da década de 70, no marco das estratégias de desenvolvimento, culminando no modelo neoliberal que se confronta com o projeto da Reforma Sanitária, no final da década de 80 (BERMÚDEZ *et al.*, 2009, p.115).

Para Silvio (2009), o SUS é a principal política de inclusão social do Brasil. Diferente de boa parte dos países emergentes, que na época, seguiram os movimentos internacionais de avanço do neoliberalismo, em solo brasileiro houve a criação e expansão de direitos no âmbito da saúde. Embora até os tempos atuais não haja uma plena efetividade desses direitos, o sistema advindo da Carta Magna de 1988 está em constante evolução, ampliando o acesso da população aos seus serviços. Já nos primórdios do novo sistema de saúde, há desafios imensos de origem dos seus antecessores, como bem demonstra Bermúdez:

Os antecedentes do SUS remetem a um cenário epidemiológico e de estrutura sanitária, caracterizada pela falta de cobertura e limitações do modelo vigente, relacionados com os grandes problemas de desenvolvimento e dívida social que o País acumulava. Nessa perspectiva, o SUS promove uma transição de um modelo

assistencial, vertical, centrado na doença, baseado na prestação de serviços de saúde individual e notadamente curativo, para um modelo completamente novo quanto à lógica de sua organização e dos valores que o constituem (BERMÚDEZ *et al*, 2009, p. 116).

Nesse sentido, um dos grandes desafios na construção do SUS foi realizar a integralização de serviços prestados pela União, estados e municípios, haja vista o tamanho continental do Brasil, em um único sistema de prestação de serviços de assistência médica (SILVIA, 2009).

Segundo a Constituição Federal, art. 198, o SUS consiste na união de ações e serviços distribuídos em uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo a sua organização as seguintes diretrizes: I – Descentralização; II – Atendimento integral; III – Participação da comunidade

No que tange aos objetivos e atuação, a Lei 8080/90 estabelece em seus artigos 5º e 6º:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I - a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar; V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados (BRASIL, 1990).

Já referente ao seu financiamento, o SUS é custeado com recursos do orçamento da seguridade social, União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988). A carta Magna de 1988 prevê ainda, em seu art. 198, § 4º, aos gestores locais do SUS a possibilidade de admissão de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Agentes de Combates às Endemias (ACE) por meio de processo seletivo público, nas observâncias da legislação, para desempenhar suas funções nas bases locais do sistema de saúde.

3.1 EVOLUÇÃO DO PROGRAMA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Em escala global, esta nova forma descentralizada dos cuidados à saúde foi amplamente difundida. Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, no Cazaquistão, denominou os cuidados primário à saúde da seguinte forma:

São cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/OMS, 1978).

Neste contexto, em 1991, surge o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), embora ainda de forma inicial, demonstrou bons resultados no índice de mortalidade infantil e potencializou os cuidados descentralizados no Brasil (GROISMAN *et al*, 2005). O programa teve início na região Nordeste, em seguida, expandiu ao Norte do Brasil e no ano seguinte da sua criação pretendia alcançar as periferias dos grandes centros urbanos, que na época, apresentava altas taxas de morbimortalidade (SILVIA; DALMASO, 2002).

Nesse contexto, como bem esclarece Joana e Ana (2002), a implantação do novo programa descentralizado se apoiava em resultados positivos por diversas partes do Brasil:

A justificativa para implantação do programa prendia-se à existência de inúmeras “experiências de atenção primária” em quase todo o Brasil, aos excelentes resultados alcançados, por muitas delas, ao integrar o agente à equipe, não apenas como um elo entre o sistema de saúde e a população, mas, principalmente, por sua capacidade de resolver ou evitar parte dos problemas que ocasionavam o congestionamento do sistema de assistência à saúde. Referiam também a significativa contribuição dos ACS, ao oferecer procedimentos simplificados de ações de saúde voltados para práticas de medicina preventiva, para a diminuição da morbimortalidade no Brasil e, por consequência, para o Sistema Único de Saúde. Também serviram de referência, para o Ministério da Saúde assumir o programa, as avaliações de impactos positivos em diversos locais, entre os quais, o Ceará, o Vale do Ribeira, São Paulo e a contribuição dos agentes no combate à epidemia de cólera (SILVA; DALMASO, 2002, p.50).

No ano de 1992, o programa retira a expressão “nacional”, ficando apenas PACS. Além disso, houve avanços por meio de assinatura de convênios entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais para garantir o repasse de recursos para manutenção do programa e pagamento das bolsas, no valor de um salário mínimo por mês aos Agentes Comunitários de Saúde (SILVA e DALMASO, 2002). Em 1993, o programa já abrangia 13 estados do Norte e Nordeste brasileiro, possuindo uma equipe com 29 mil ACSs distribuídos em 761 municípios (SILVA e DALMOSO, 2002).

Dessa forma, em 1994, com os resultados promissores do PACS, surge as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), voltado para promoção, prevenção, cuidado contínuo e permanente das famílias e de seus membros (CERICATO *et al*, 2010). Neste sentido, também esclarecem Joana e Ana:

O PSF é apresentado, nessa primeira versão, como um modelo de assistência à saúde que visa a desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (SILVA; DALMISO, 2002, p. 57).

Em 1998, o PSF tem uma repaginada, passando a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), continua seguindo as diretrizes do SUS, só que se destaca como a principal porta de entrada do sistema (PIMENTEL *et al*, 2010). Além disso, as ESFs devem atuar em uma área delimitada territorialmente, sendo composta por uma equipe multidisciplinar, formada, minimamente pelos seguintes profissionais: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (GROISMAN *et al*, 2005).

Embora a atuação do Agente Comunitário de Saúde tenha iniciado em 1991, apenas 2002 a profissão foi criada em termos da lei, já em 2006, foi revogada para realização de reajustes em sua redação. A partir da promulgação da Lei nº 11.350 (BARROS *et al*, 2010) se estabeleceu até a atualidade como a principal regulação da categoria, inclusive com piso nacional, curso técnico e outros regramentos (BRASIL, 2006).

No contexto das ESFs, a figura do ACS se torna fundamental, visto que possibilita a comunicação entre as necessidades da população adscrita e aos demais profissionais da saúde, o que viabiliza uma intervenção estratégica (COSTA *et al*, 2013). Esse elo é de mão dupla, pois também permite o caminho inverso. No que diz respeito às atribuições do Agente Comunitário de Saúde, as principais estão elencadas na Lei 11.350, como consta:

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. (BRASIL, 2006).

Dessa maneira, é notório a importância desse profissional ao SUS, por meio do Agente Comunitário de saúde é garantido o acesso de meios de promoção da saúde das pessoas. Segundo Matta (1991), destaca o fato que a cidadania não é natural, já que é necessária a submissão de regramentos culturais e sociais. Logo, tais profissionais podem ser um fator importante nesse alcance de cidadania.

3.2 A FIGURA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Segundo a Lei nº 11.350, que regula os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias, estabelece os requisitos para a atuação dos Agentes de Saúde da seguinte forma:

Art. 6º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

I - Residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;

II - Ter concluído, com aproveitamento, curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas; (Redação dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

III - ter concluído o ensino médio (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, os profissionais Agentes Comunitário de Saúde são pessoas de suas próprias comunidades, com uma formação mínima no ensino médio padrão, sem a necessidade de um curso técnico específico na área da saúde ou em nível superior, como os demais membros do programa ESF. Essa constituição de um profissional que conhece a realidade do seu local de trabalho, os saberes e as linguagens possibilitam aos Agentes ser um moderador do conhecimento. Nunes *et al*, também compartilham desse entendimento:

A análise das formas como conhecimentos e práticas biomédicos são transmitidos à comunidade pelos ACS, passa necessariamente pelo entendimento do significado que uma intermediação de um agente proveniente das classes populares assume na comunicação de saberes desenvolvidos em um universo técnico-científico específico, com aspectos fortemente influenciados por práticas presentes em outra classe social (NUNES *et al*, 2002, p. 1642)

Ainda nesse contexto, demonstra a dualidade paralela na atuação do Agente Comunitário de Saúde, se por um lado é profissional de um sistema de saúde, de outro, é um trabalhador comunitário (MOROSINI, 2018). Dessa maneira, há questionamentos de sua caracterização efetiva de profissional da saúde, o que acaba deixando a figura do agente dividido em dois mundos distintos.

Um aspecto bem importante para um bom desempenho do Agente Comunitário de Saúde é a uma boa comunicabilidade. É notório que são diversas as dificuldades encaradas dentro das equipes de saúde relacionadas às imperfeições na comunicação entre os profissionais e a comunidade. Assim, a boa comunicação é importante não apenas para o diálogo dentro das equipes, mas na construção de uma boa relação com as famílias assistidas (BRAND, 2010).

No desempenho da sua função durante a rotina, o Agente Comunitário de Saúde é primordial em ouvir as demandas da população e realizar as primeiras orientações ainda na área externa das unidades de saúde. Em seguida, apresenta as demandas à equipe, que deve trabalhar em conjunto para a sua resolução. Em alguns momentos, quando há a necessidade de levar outro profissional à residência de um paciente, o agente é o elo que interliga os dois mundos, possibilitando a entrada e uma boa relação entre os pacientes e a equipe (COSTA, 2012). Também explica sobre a questão Vieira-Meyer *et al* (2021):

Os ACS favorecem o acesso aos serviços de saúde, mediando a construção de vínculos entre as famílias e as equipes da ESF/APS, considerando seu trabalho no território, fortemente realizado por meio de visitas domiciliares, nas quais se realizam coleta de dados sobre as condições de vida e saúde das famílias, mas também fornecem orientações e apoio na resolução de demandas junto aos membros da equipe de saúde (VIERA-MEYER *et al*, 2021, p. 658).

De outra perspectiva, seu elo de confinidade, é uma relação de mão dupla, já que ao mesmo tempo que simplifica a assistência, ocasiona complicações ao próprio profissional. A proximidade com os pacientes acaba levando ao agente ser buscado primordialmente nas necessidades de auxílio de saúde, acontecendo, até mesmo em horários fora do expediente, provocando assim, excesso de trabalho (GALAVOTE, 2011).

Ainda engloba o trabalho dos agentes, a participação em atividades coletivas realizadas pelas ESFs, reuniões, promoção de sala de espera, assistência às campanhas de vacinação, busca ativa, mobilizações, controle social e outras questões urgentes designadas (BRASIL, 2017).

Assim, um excesso de atribuições, que no cotidiano, dificulta sua plena execução.

4 DESAFIOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DIANTE DA PANDEMIA DA COVID-19

Diante da pandemia de covid-19, o SUS necessita se adequar às novas demandas em saúde. Para tanto, houve modificações em normativas institucionais, objetivando orientações para a preservação dos profissionais de saúde e dos pacientes. No âmbito da Atenção Primária em Saúde, destaca dois principais pontos de atuação: o acompanhamento de casos suspeitos ou positivos para covid-19, ao mesmo tempo, permanecer com as demais demandas de saúde (BRASIL, 2017).

Sobre a atuação da Atenção Primária durante a pandemia de Covid-19, pontuam de Azevedo *et al* (2020):

A atuação da APS em lógica territorial e comunitária possibilita o monitoramento da situação de saúde da população, acompanhando o surgimento de sinais entre grupos de risco, além de balizar a intervenção efetiva à pandemia, propondo ações preventivas, possibilitando barrar cadeias de transmissão. Para isso, compreender as formas de organização da comunidade e as características dos seus habitantes, em especial, suas condições de vida e vulnerabilidades, constitui aspecto fundamental para promover medidas de distanciamento social adequadas e eficientes, uma das principais estratégias de contenção à pandemia (DE AZEVEDO *et al*, 2020, s/p).

A nova crise em saúde causada pela Covid-19 proporcionou alterações também na realidade do Agente Comunitário de Saúde. Para tanto, o Ministério da Saúde publicou alguns materiais de apoio à atuação dos Agentes durante a pandemia na perspectiva de Atenção Primária em Saúde. Nesse sentido, as orientações precisam ser seguidas em todas as ESFs, devendo considerar e adaptar as situações de acordo com a região (NETO, 2021).

O Ministério da Saúde (2020) dentre as orientações, publicou a seguinte atuação para o Agente Comunitário de Saúde:

Destaca-se que as visitas domiciliares são uma importante ferramenta para informar, fazer busca ativa de suspeitos e acompanhar de casos, mas, para a realização dessas atividades, é importante considerar alguns cuidados para garantir a segurança do paciente e do profissional, tais como:

- Não proceder às atividades dentro domicílio. A visita estará limitada apenas à área peridomicílio (frente, lados e fundo do quintal ou terreno);
- Priorizar visita aos pacientes de risco (pessoas com 60 anos ou mais ou com doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão, doença cardíaca, doença renal crônica, asma, DPOC, imunossuprimidos, entre outras). Por serem grupo de risco, são os que precisam de mais cuidado;
- Manter distanciamento do paciente de no mínimo 1 metro; não havendo possibilidade de distanciamento, utilizar máscara cirúrgica;
- Higienizar as mãos com álcool em gel;
- Nos casos de visita às pessoas com suspeitas de Covid-19, sempre utilizar máscara cirúrgica e garantir uso de EPI apropriado (BRASIL, 2020).

Todavia, na contramão das orientações do Ministério da Saúde, os Agentes Comunitários de Saúde enfrentaram dificuldades até mesmo no que se refere à própria segurança, na ausência de EPI, o que expõe a posição inferiorizada dentro da própria equipe de saúde. Fonseca e Morosini (2021) também relatam essa vivência:

De um lado, evidenciou-se a insegurança da sua posição. O não reconhecimento do ACS como profissional da saúde tornou-se evidente na desigualdade de acesso a equipamentos de proteção individual, um dos temas mais recorrentes nos relatos desses trabalhadores sobre as condições em que atuaram na pandemia (FONSECA; MOROSINI, 2021, p. 218).

No que tange os meios alternativos de comunicação, também foram difundidos na atuação dos Agentes. Assim, possibilitou a comunicação e orientações aos pacientes, enquanto não havia como fazer o atendimento presencial, muitas das vezes, usando dispositivos, créditos e rede do próprio profissional, sem ressarcimento do poder público (FONSECA; MOROSINI, 2021). Nesse sentido das novas tecnologias também apontam Neto *et al* (2021):

Como forma de promoção da saúde e preservação da vida diante do enfrentamento da COVID-19, estratégias como a formação de grupos em aplicativos móveis é uma possibilidade já em propagação pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Assim, os ACS podem formar grupos em aplicativos (por exemplo, WhatsApp) com moradores de suas áreas adscritas, mesmo que em isolamento social. Dessa forma, o compartilhamento de informações e orientações corretas sobre o novo coronavírus é facilitado, além do acompanhamento dos pacientes suspeitos, de risco ou já detectados em isolamento domiciliar, os mantendo em permanente cuidado por toda a equipe da ESF (NETO *et al*, 2022, p.110).

Santos e Oliveira (2022) relatam os problemas somados aos Agentes Comunitários de Saúde:

Conviver diariamente com os noticiários a todo momento escancarando a realidade da pandemia e sua gravidade, ter incertezas quanto a possibilidade de ser ou ter alguém próximo acometido gravemente pela Covid-19 podendo ir a óbito, vivenciar sua realidade social totalmente modificada com as medidas de mitigação e ficar sobrecarregada em seu trabalho, são situações difíceis e que impactam a vida de qualquer pessoa. Há aqueles que, além de vivenciarem todas estas, as experimentam com maior intensidade, como profissionais de saúde no processo de cuidado e, neste contexto, os ACSs. são circunstâncias que por si só geram estresse significativo e apresentam consequências compatíveis. Nenhum corpo é inerte ao corpo pandêmico (SANTOS; OLIVEIRA, 2022, p. 100).

Em outro ponto, o Agente Comunitário de Saúde passou com desafios na perspectiva de manter os cuidados coletivos, assumindo um papel de modelo para a comunidade e um fiscalizador das práticas preventivas contra a doença. Também colabora com essa visão de Santos e Oliveira:

Nessas circunstâncias, o ACS vive em uma realidade diferente daquelas pessoas que não seguem as recomendações de cuidado e prevenção, e expressa isto. Ao restringir e se privar de sua vida social e de lazer em decorrência das medidas de mitigação do vírus, compreende as consequências possíveis na vida dos que são acometidos pela doença, tem um pensamento de bem-estar coletivo, o trabalhador vê-se como exemplo para a comunidade em que vive e espera o mesmo desta. No entanto, se depara com parte das pessoas seguindo suas vidas no padrão de “normalidade” não mais possível, no momento, colocando em risco a si mesmas e a coletividade, à medida em que podem adquirir Covid e transmiti-la, inclusive para quem segue as medidas de

controle recomendadas (SANTOS; OLIVEIRA, 2022, p. 98).

A pandemia de Covid-19 trouxe novos desafios e reforçou antigos no cotidiano dos Agentes Comunitários de Saúde. Na época, foi preciso além de ajustar as novas formas de manter o trabalho seguro para os pacientes e profissionais, o labor seguiu com alguns obstáculos, como: problemas com pacientes que não queriam seguir as medidas sanitárias; o aumento de *fake news* sobre o vírus e o agravamento de vulnerabilidades sociais nas comunidades. Fonseca e Forini (2021) também relatam essa situação:

As dificuldades para a implantação das medidas de distanciamento social, a difusão de desinformação (*fake news*), a hesitação vacinal, o agravamento das condições sociais –aumento do desemprego, crescimento da insegurança nutricional, retorno da fome e intensificação da violência doméstica –são algumas circunstâncias agudizadas pela pandemia que acarretam problemas com os quais o ACS já lidavam cotidianamente. Contudo, essa vivência e seu pertencimento à parcela da população mais exposta aos riscos e danos associados à pandemia o sensibilizam, mas não são suficientes para habilitá-lo para uma atuação qualificada (FONSECA; MOROSINI, 2021, p. 218).

Embora tenha existido diversos desafios nos trabalhos dos Agentes de Saúde durante a pandemia de covid-19, é notório as grandes contribuições e importâncias desses profissionais na concretização efetiva do direito fundamental à saúde. Os resultados positivos também são relatados por Santos *et al* (2022):

Os resultados preliminares sinalizam o protagonismo dos ACSs nas ações de promoção em saúde relacionadas ao COVID-19 em comparação com outros profissionais da ESF, em função da proximidade maior desses agentes com as populações dos territórios. Cabe destacar a atuação e experiência dos ACSs nas orientações sobre o uso da máscara como principal estratégia de prevenção, sobre o isolamento parcial e total como estratégias importantes para as populações mais vulneráveis (embora mais difíceis e menos colocadas em prática pela população pesquisada). Cabe destacar também a maior confiabilidade dos usuários nos profissionais da saúde em relação às informações repassadas às comunidades sobre o quadro sanitário (DOS SANTOS *et al*, 2022, p. 203).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo científico apresentou o processo de constitucionalização do direito fundamental à saúde através da análise das sete Constituições Federais, detalhou e descreveu o programa e a atuação do Agente Comunitário de Saúde antes e durante a pandemia de Covid-19. Constatou-se que, ao longo da história brasileira, a Carta Magna de 1988 é a que possui maiores previsões e garantias do direito à saúde. Nessa perspectiva, o SUS foi mecanismo fundamental na efetivação desse importante direito. Assim, dentro do SUS, foi notória a importância de uma rede nacional baseada em princípios, como o da descentralização. Essa organização foi essencial no enfrentamento da Covid-19, principalmente, nas ações preventivas, e no monitoramento de casos suspeitos e positivos.

Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde é peça fundamental na estrutura da Atenção Primária em Saúde, constatado ao longo do tempo pela evolução do programa, por meio de legislação própria, piso salarial e dos diversos resultados positivos somados durante a sua existência. Durante a pandemia de Covid-19, foi evidenciado os desafios encarados pelos Agentes Comunitários de Saúde, como a desvalorização, em alguns casos, nas próprias ESFs, ausência de EPIs, dificuldades nas orientações preventivas por conta das *fake news*, desgaste

físico e psicológico com aumento das demandas laborais.

Por fim, através de pesquisa bibliográfica foi possível evidenciar o entendimento sobre a temática, explicando detalhadamente cada ponto proposto, bem como concluir que houve uma significativa contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde na concretização do direito fundamental à saúde por meio da assistência desempenhada durante a pandemia da Covid-19.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Cristina Camelo, *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde frente à pandemia da Covid-19. **Revista Portal: Saúde e Sociedade** 5.1, 2020, p.1299-1314.

BERMÚDEZ, X. P. D. *et al.* O Sistema Único de Saúde, uma retrospectiva e principais desafios: subtítulo do artigo. *In: O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde*; Brasília, v. 4, Número, dez./2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39282>. Acessado em: 10 jun. de 2022.

BRAND CI, Antunes RM, Fontana RT. **Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde.** *Cogitare Enferm.* 2010; p.40-7.

BRASIL. **Constituição (1824).** Constituição Política do Império do Brasil, de 25 de março de 1824. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm. Acesso em: 15 de maio de 2022.

BRASIL. **Constituição (1891).** Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de fevereiro de 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm. Acesso em: 15 de maio de 2022.

BRASIL. **Constituição (1934).** Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 15 de maio de 2022.

BRASIL. **Constituição (1937).** Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm. Acesso em 16 de maio.

BRASIL. **Constituição (1946).** Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm. Acesso em: 16 de maio de 2022.

BRASIL. **Constituição (1969).** Constituição da República Federativa do Brasil, de 1967. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67emc69.htm#:~:text=Constitu%C3%A7%C3%A3o67emc69&text=Art%201%C2%BA%20%2D%20O%20Brasil%20C3%A9,em%20seu%20nome%20C3%A9%20exercido.. Acesso em 15 de maio de 2022.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 de maio de 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.350**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm. Acesso em: 10 maio de 2022.

Brasil. **Lei nº 8.080**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 15 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de COVID-19** e os registros a serem realizados no e-SUS APS. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado em 22 fev. 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Orientacoes_ACS_COVID_19.pdf f 14.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado em 22 fev. 2021]. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes> nota.

CAMPOS, Juarez de Queiroz; SANTO, Antonio Carlos G.E.; MANTOVANI, Maria de Fátima. **Introdução à saúde pública**. São Paulo: J. Q. Campos, 1987.

CASTILHO, Paula de Abreu Pirotta. **O direito à saúde nas Cartas constitucionais brasileiras**. Disponível em: <https://investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/direito-constitucional/322090-o-direito-a-saude-nas-cartas-constitucionais-brasileiras>. Acesso em 20 de maio de 2022.

CERICATO, G.O.; Garbin D., Fernandes A.P.S. **A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal**. RFO. 2007, p. 8-23.

Costa MC, Silva EB, Jahn AC, Resta DG, Colom ICS, Carli R. Work process of community health agents: possibilities and limits. **Rev Gaúcha Enferm**. 2012, p. 134-140.

COSTA, Simone de Melo *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2147-2156, 2013.

DA MATTA, R., 1991. **A Casa & a Rua**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

DE BARROS, Daniela França *et al.* O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem**. 2010, v. 19, p. 78-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000100009>. Acesso em: 10 maio de 2022.

DOS SANTOS, Matheus Ribeiro; BADARÓ, Maria da Conceição Julião; DE FARIA, Lina Rodrigues. A pesquisa científica no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: relato de experiência. **Revista de APS**, v. 25, 2022.
em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67EMC69.htm. Acesso em: 16 maio de 2022.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de direito constitucional**. 38. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012.

FONSECA, Angélica Ferreira; MOROSINI, Márcia Valéria. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. **APS EM REVISTA**, v. 3, n. 3, p. 210-223, 2021.

FRANCO, Túlio. **Experiências de trabalho e cuidado em saúde na pandemia de Covid-19**. [S. l.: s. n.], 2022.

GALAVOTE HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Disclosing the work processes of the community health agents on the Family Health Strategy in Vitória (ES, Brazil). **Ciênc Saúde Colet**. 2011, p. 231-40.

GROISMAN, S.; Moraes NM, Chagas LJ. A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. **Cadernos da Abo-prev**, 2005; p. 1-8.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, P. G. G. **Curso de direito constitucional**. 13. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

MOROSINI MV, Fonseca AF. Configurações do Trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 369-405.

NETO, G. T. A., Lima, I. C. S., Cavalcante, A. S. P., Pereira, W. M. G., Silva, M. R. F. D., & Sampaio, J. J. C. Educação permanente em saúde como estratégia para a segurança ocupacional em tempos de pandemia pela coVid-19: reflexões sobre o agente comunitário de saúde na construção de cuidado. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, 2021, p. 107-113.

NUNES, Mônica *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Agente**, [s. l.], 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/14399>. Acesso em: 5 jul. 2022.

OLIVEIRA, Eduardo Perez; SANTOS, William Douglas Resinete dos. **Direito à saúde x pandemia**. 1. ed.. Rio de Janeiro: Impetus, 2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO), 1946.

PADILHA, Rodrigo. **Direito Constitucional**. 6. ed. São Paulo: Método, 2020

PIMENTEL, F.C.; Martelli P.J. D. L, Araújo Júnior JLDA, Acioli RML, Macedo CLSV. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010; p. 2189-2196.

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da saúde**: de acordo com a Constituição Federal. 1 ed. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

SANTOS, Lenir. **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Editora Saberes, 2010

SANTOS, Mayara Cristina Villela de Oliveira, MARTINS Bruna Tadeusa Genaro. *In*: **Experiências de Trabalho e Cuidado em Saúde na Pandemia de COVID-19**. 2022.

SILVA, J. A. D. **Curso de direito constitucional positivo**. 39. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2016.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, 240p.

SILVA, M. E. de A. Direito à saúde: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. **Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 4–22, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/12251>. Acesso em: 20 de maio de 2022.

SOARES, Nina Rosa Ferreira; MOTTA, Manoel Francisco Vasconcelos. **As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html. Acesso em: 22 de maio de 2022.

SOUZA, Tereza Ramos. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

VIEIRA-Meyer, Anya Pimentel Gomes Fernandes *et al.* Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID 19.

Ciência & Saúde Coletiva. 2021, v. 26, n. 02, p. 657-668. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.29922020>. Acesso em: 11 jul. 2022.

AGRADECIMENTOS

O que um dia foi um sonho, hoje é realidade! Ao longo da minha jornada acadêmica foi essencial passar por cada experiência e dificuldade para fortalecer a minha formação universitária e pessoal. Para tanto, tive apoio de diversas pessoas que são fundamentais na minha vida.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo dom da vida, pela saúde e por me dar forças de continuar seguindo, para lutar e alcançar os meus objetivos.

Aos meus pais, Ivonete Nascimento e Antonio Gomes, por serem o meu alicerce, meus principais incentivadores no caminho da educação e por oferecerem, em meios a tantas dificuldades, todo o suporte necessário ao longo da minha vida. Eu sou muito grato e honrado de tê-los como meus pais.

Aos meus irmãos, Natália do Nascimento e João Nascimento, por acreditarem em mim e serem fundamentais em minha vida. Vocês foram primordiais na realização desta conquista!

Aos meus sobrinhos, João Nicolás e Maria Helena, por serem luz e alegria para os meus dias.

À minha Vó Maria Cândido, por sempre me incentivar e acreditar que posso alcançar cada sonho que almejo.

Ao meu orientador, Professor Mestre Filipe Leite, agradeço imensamente por ter aceitado este desafio, por acreditar em mim e no que propus a escrever. Você foi vital para finalizar este ciclo na minha vida. Muito obrigado por cada orientação, conselho e dedicação!

À minha Professora Mestra Elciane Paulino, minha orientadora no concurso de redação do Senado Federal, que me deu o título de Jovem Senador da Paraíba em 2015, os meus mais sinceros agradecimentos por acreditar em mim naquele momento e me mostrar que podemos alcançar cada sonho, por mais difícil que seja.

Aos meus amigos do grupo das "Minorias da Caverna do Dragão", grato pela amizade de vocês!

Aline Campos, se no Código Penal existisse um crime por induzir alguém a ser "concurseiro", com certeza, você teria nele incidido. Obrigado por isso e por todo o companheirismo ao longo da graduação e da vida.

Anderson Miller, meu amigo, grato por ter você nos mais diversos momentos ao meu lado, nos tempos de desespero e de alegria. Muito obrigado por tudo!

Antonelles Michael, és um excelente conselheiro. Agradeço por sempre ouvir tão atento as minhas inquietações e ajudar sempre no que foi preciso.

Mateus Vital, sou grato de ter sua boa amizade e de ter sua presença ao longo desta jornada. Amigos, muito obrigado por tudo!

Aos meus professores e professoras, da educação infantil aos da graduação, minha gratidão por me conduzirem no caminho da educação!

Por fim, porém não menos importante, externo os meus agradecimentos aos demais amigos, colegas de trabalho, familiares e outras pessoas que contribuíram, direta e indiretamente, na conclusão deste curso. Minha gratidão a todos vocês.