

O impacto internacional da Estratégia Saúde da Família brasileira em Angola, Bélgica, África do Sul e Reino Unido

James Macinko <https://orcid.org/0000-0001-8055-5441>¹; Matthew Harris <https://orcid.org/0000-0002-0005-9710>²; Camila Giugliani <https://orcid.org/0000-0002-2652-5214>³; Cornelia Junghans Minton <https://orcid.org/0000-0002-0663-3090>²; Caroline Masquillier <https://orcid.org/0000-0003-1748-5967>⁴; Katinka de Wet <https://orcid.org/0000-0002-7272-7757>⁵; Edwin Wouters <https://orcid.org/0000-0003-2268-3829>⁴

Resumo O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto internacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Brasil por meio de estudos de caso com foco em quatro países que adotaram elementos da ESF para melhorar aspectos de seus próprios sistemas de saúde. Os casos foram solicitados de Angola, Bélgica, África do Sul e Reino Unido e analisados por meio de uma metodologia de estudo de caso comparativo. Os resultados mostram que cada país adotou aspectos ligeiramente diferentes da ESF, com um elemento comum sendo o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS) como um meio de estender o atendimento à comunidade e, nos casos de Angola e da África do Sul, para suplementar a escassez de profissionais de saúde. Em cada país, pesquisadores tinham familiaridade com a ESF por meio da literatura, contatos pessoais, experiência direta ou observação e parcerias. Embora cada caso esteja em um nível diferente de maturidade, com as equipes angolana e sul-africana em um estágio mais avançado, todas enfrentaram um conjunto de desafios comuns na adaptação e implementação de elementos da ESF, incluindo a falta de categorias formais de trabalho para ACS, uma tensão entre papéis mais restritos e mais abrangentes do ACS, desafios no recrutamento e integração de ACS em equipes de saúde e barreiras para escalar iniciativas para atingir resultados em escala.

Palavras-chave Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Estudo de caso comparativo, Difusão da inovação

¹ University of California.
Los Angeles CA 90095
USA. jmacinko@ucla.edu

² Imperial College. London
UK.

³ Universidade Federal do
Rio Grande do Sul. Porto
Alegre RS Brasil.

⁴ University of Antwerp.
Antwerp Belgium.

⁵ University of the Free State.
Bloemfontein South Africa.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família do Brasil tem origens na atenção primária à saúde comunitária, datando do início da década de 1970^{1,2}. Originalmente pilotado como um programa que empregava Agentes Comunitários de Saúde (Programa Agentes Comunitários de Saúde ou PACS), seu foco inicial era abordar a mortalidade e morbidade materna e infantil persistentemente altas no estado do Ceará, no Nordeste do país³⁻⁵. Para melhorar a capacidade desse modelo de atenção de resolver um número maior de problemas de saúde ainda mais complexos, ele passou a abranger equipes de saúde integradas, com médico e enfermeiro, além dos agentes comunitários de saúde, e recebeu o nome de Programa Saúde da Família (PSF) na década de 1990⁶.

O modelo continuou a desenvolver-se e a incorporar teorias relativas à natureza e às funções da atenção primária à saúde (APS) quando, em 2002, a Escola Nacional de Saúde Pública traduziu o livro de Barbara Starfield, *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*⁷ (Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia) para o português e distribuiu cópias para todas as equipes de saúde do país. Os pesquisadores também adaptaram e aplicaram o instrumento PCATool (PCAT - *Primary Care Assessment Tools*) da Starfield em esforços de monitoramento e avaliação⁸⁻¹⁰. Para facilitar sua utilização, o PCA Tool ou PCAT para adultos foi traduzido e publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2010¹¹ e uma versão resumida do instrumento foi incorporada à pesquisa de vigilância telefônica Vigitel de 2015¹² e à Pesquisa Nacional de Saúde de 2019^{13,14}.

Após vários refinamentos posteriores, criação de mecanismos de pagamento e incentivo e rápida expansão, o PSF passou a ser visto como o principal modelo de atenção primária à saúde para serviços de saúde municipais em grande parte do país³. Em reconhecimento ao seu papel fundamental como uma abordagem de atenção primária à saúde altamente eficaz, o Programa de Saúde da Família foi renomeado Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006 para refletir o fato de que não era mais um programa especial, mas uma estratégia fundamental que colocava a APS no centro do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que havia sido consagrado na Constituição de 1988 como um dever do governo de fornecer assistência em saúde universal a todos os seus cidadãos.⁶ As características e funções essenciais da ESF foram formalizadas nesse mesmo ano por meio da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do país¹⁵.

A criação, o impacto e a expansão da ESF são uma história de sucesso notável na saúde global. Nos últimos trinta anos, ela cresceu e agora conta com 52.000 equipes, proporcionando cobertura a mais de 70% da população. Um elemento importante que apoia esse processo tem sido a geração de provas sólidas de que a ESF foi eficaz na melhoria do acesso¹⁶, desfechos de saúde¹⁷⁻²³, equidade²⁴⁻²⁶ e redução da necessidade de algumas internações hospitalares²⁷⁻²⁹. Embora ainda haja espaço para melhorias e expansão contínuas em algumas áreas, a ESF tem se mostrado uma abordagem robusta, resiliente, eficaz e equitativa para oferecer APS às diversas realidades do Brasil³⁰.

Importante para a disseminação dessa inovação foi a literatura descrevendo e avaliando o impacto da ESF, não apenas para o Brasil, mas também para públicos internacionais. Esse trabalho serviu para disseminar detalhes importantes sobre os aspectos técnicos e organizacionais da ESF com profissionais de saúde, pesquisadores e tomadores de decisões políticas em várias partes do mundo³¹⁻³³. Mais notadamente, a ESF foi destacada como um importante estudo de caso em relatórios altamente influentes de organizações internacionais. Isso inclui o Relatório Mundial da Saúde de 2008³⁴, um estudo de caso influente publicado pelo Commonwealth Fund em 2016³⁵, materiais para a reunião de Astana sobre a renovação da APS em 2018³⁶ e o manual da OMS de 2024 sobre APS, entre outros³⁷. Diversas conferências internacionais, bem como acordos de colaboração entre o governo brasileiro, universidades brasileiras e vários outros países, proporcionaram oportunidades adicionais para que o conhecimento da ESF se espalhasse para outros países e contextos.

Este artigo analisa a influência que a ESF teve no fortalecimento da política da APS internacionalmente, por meio de exemplos de casos de iniciativas de atenção primária à saúde em andamento em Angola, Bélgica, África do Sul e Reino Unido.

Métodos

Este artigo adota uma abordagem de estudo de caso comparativo usando métodos de observação de melhores práticas³⁸. Esta revisão identificou quatro países diversos onde a ESF inspirou projetos-piloto ou iniciativas de maior escala. Considerando a ausência de dados avaliativos publicados sobre esses projetos emergentes, parte do rigor dessa abordagem decorre da capacidade de solicitar informações sobre os casos a

especialistas com amplo conhecimento de cada caso.

O processo de identificação de estudos de caso surgiu principalmente de redes de colaboradores existentes que foram fundamentais no compartilhamento de conhecimento e experiência da ESF para outros contextos. Os estudos de caso foram desenvolvidos de forma colaborativa, identificando-se elementos-chave para orientar sua redação. Como o conhecimento especializado é essencial para a produção de relatórios de caso precisos. Descrevemos abaixo, as características qualificadoras dos autores de cada estudo de caso.

Para o estudo de caso angolano, as qualificações de Camila Giugliani incluem ser uma médica brasileira, especialista em Medicina de Família e Comunidade, doutora em Epidemiologia e professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ela liderou o projeto “Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde em Angola: Uma proposta para a avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde” e trabalhou como coordenadora médica na organização *Médecins du Monde* em Angola.

No estudo de caso belga, Caroline Masquillier (CM) e Edwin Wouters (EW) conduziram pesquisas na África do Sul sobre agentes comunitários de saúde (ACS) que oferecem apoio a pessoas vivendo com HIV há mais de uma década. Como pesquisador de sistemas de saúde, EW tem experiência no desenvolvimento e avaliação de inovações em sistemas de saúde, com foco específico no acesso à atenção de qualidade. CM produziu um documentário sobre o trabalho dos ACS em municípios sul-africanos e contribuiu para o desenvolvimento do primeiro programa federal de ACS na Bélgica, além de atuar como especialista científica no Comitê Diretor do programa federal de ACS da Bélgica.

Katina de Wet é uma socióloga médica sul-africana que trabalha com agentes comunitários de saúde (ACS) desde o início dos anos 2000. Ela publicou sobre a evolução desse quadro de profissionais de saúde, participou de workshops no início da década de 2010 para mapear as funções desses profissionais e fez um estudo de 2021-2023 sobre ACSs em três distritos no Free State, na África do Sul.

Matthew Harris é um médico britânico que se requalificou em medicina pela Universidade de São Paulo em 1999 e trabalhou em uma clínica da Estratégia de Saúde da Família em Camaragibe, no estado de Pernambuco, por quatro anos, concluindo uma especialização em atenção primária pela Escola Nacional de Saúde Pública, Recife, Brasil. Ele lidera a expansão

nacional da iniciativa *Community Health and Wellbeing Worker* (CHWW) no Reino Unido em parceria com a *National Association of Primary Care*. Cornelia Junghans Minton é uma clínica geral em exercício no Reino Unido e é a líder clínica do CHWW em Westminster e uma especialista em saúde pública na autoridade local. Com MH, ela lidera a expansão nacional da iniciativa CHWW no Reino Unido por meio da Associação Nacional de Atenção Primária.

James Macinko é um pesquisador de serviços de saúde que escreveu extensivamente sobre o sistema de saúde brasileiro e a ESF nos últimos 20 anos.

Resultados

O Quadro 1 mostra as características de cada país incluído no estudo (veja um mapa mostrando a localização geográfica de cada país na Figura 1 no apêndice). Os casos dos países variam em quase todas as dimensões. O Brasil é o maior em população e extensão territorial, enquanto a África do Sul e o Reino Unido têm populações de tamanho semelhante, sendo que o primeiro tem uma densidade populacional quase 5 vezes maior que o segundo. Nos países mais ricos (Bélgica e Reino Unido), os gastos com saúde são de cerca de US\$ 5.400 per capita, enquanto no Brasil e na África do Sul são cerca de um décimo desse valor e em Angola são menos de 2% dos gastos nos países mais ricos. Os gastos com saúde como proporção do PIB estão entre 9 e 11% para todos os países, exceto Angola (3%), enquanto a participação do governo nesses gastos varia de um máximo de 83% no Reino Unido ao mínimo de apenas 45% no Brasil. Apesar dessas diferenças, o Brasil apresenta um índice de cobertura universal de saúde de 80/100, próximo ao dos demais países, com exceção de Angola (37). Os recursos de saúde também diferem consideravelmente, com o Reino Unido tendo o maior número de médicos per capita (35,1/10.000), semelhante à Bélgica, quase três vezes o número do Brasil, quatro vezes o número da África do Sul e 7,5 vezes o número de Angola³⁹. Os desfechos de saúde também variam, com a expectativa de vida ao nascer na faixa de 80% no Reino Unido e na Bélgica, 70% no Brasil e 60% na África do Sul e em Angola.

Os estudos de caso completos são apresentados no apêndice. Um resumo de cada caso é apresentado a seguir. Liderado pelo UNICEF Angola e em consulta com especialistas do Ceará, Brasil, até onde as origens da Estratégia de Saúde da Família podem ser rastreadas, o esfor-

Quadro 1. Descrição dos contextos dos países, 2019/2020.

	Brasil	Reino Unido	Bélgica	África do Sul	Angola
População (milhões)	211,1	68,3	11,8	63,2	36,8
Tamanho geográfico (km ²)	8.515.767	243.610	30.689	1.221.037	1.246.700
Densidade populacional por km ²	25	287	383	53	31
PIB/capita, US\$ (ajustado pela paridade do poder de compra)	10.295	49.464	54.701	6.022	2.308
Despesa com saúde per capita (CHE), US\$	849	5.367	5.405	570	101
PIB gasto em saúde, %	9	11	11	9	3
Gastos do governo em CHE, %	45	83	75	62	52
% de CHE em APS	n/a	38	36	57	n/a
Índice de cobertura do serviço de atenção de saúde universal (0-100)	80	88	86	71	37
Índice de acesso e qualidade da assistência médica (0-100)	53,0	83,3	86,6	44,6	29,3
Médicos per capita	27,0	35,1	32,7	8,3	4,6
Expectativa de vida no nascimento	73	82	82	61	62
TMI/1.000 nascidos vivos	13	4	3	28	46
Hipertensão, % adultos	45	26,4	30	44,1	38,7

Fonte: GBD 2019^{39,50}, Global Health Observatory⁵¹.

ço de Angola para traduzir o papel do Agente Comunitário de Saúde brasileiro (como o PACS) foi inspirado por evidências de impacto e reconhecimento na literatura internacional. Visitas técnicas de autoridades de saúde de Luanda e a cooperação e parcerias acadêmicas foram essenciais para esse esforço. O objetivo era acelerar a redução da mortalidade materna e infantil por meio de intervenções descentralizadas e acessíveis, reforçando a expansão e a qualificação da atenção primária à saúde (APS) como característica fundamental.

Começando em Luanda em 2007, a função dos ACS (chamados ADECOS) expandiu-se rapidamente para outras províncias. Esse papel se aproxima mais do modelo PACS no Brasil porque os ACS não fazem parte de uma equipe interdisciplinar maior, como no modelo da ESF. Em 2014, o governo angolano lançou o Programa Nacional ADECOS. O programa piloto (de 2007 a 2009) ofereceu treinamento para 2.548 ACS, abrangendo 261.357 famílias. Atualmente, existem 4.127 ADECOS e o programa caminha para uma estratégia nacional consolidada. O ADECOS começou com foco específico em saúde materno-infantil (SMI), doenças transmitidas por vetores, tratamento de água e reidratação oral. Mais recentemente, os ADECOS receberam status formal, são pagos quase em tempo integral e têm uma responsabilidade mais abrangente em saúde e assistência social, incluindo desenvolvimento comunitário e pro-

teção social. A avaliação inicial indicou maior acesso a cuidados e demanda por serviços de saúde, especialmente para mães e crianças. O piloto expandiu-se geograficamente, bem como em termos de responsabilidades do ACS, e agora inclui grupos populacionais adicionais.

A implementação de um programa de ACS na Bélgica começou durante a pandemia da COVID-19, e demonstrou o potencial dos ACS de garantir o acesso aos cuidados necessários para pessoas que vivem em contextos vulneráveis⁴⁰. Inspirado por esses exemplos de programas de ACS no exterior, o Governo Federal Belga deu ao *National Institute for Sickness and Disability Insurance* e ao *National InterMutualist College* a tarefa de desenvolver o primeiro programa nacional de ACS belga para melhorar o acesso ao atendimento: empregando 50 ACS em bairros socioeconômicos vulneráveis em dez cidades belgas⁴¹. No entanto, até o momento, o programa federal belga de ACS não está estruturalmente vinculado ao sistema de saúde mais amplo, e a falta de integração e sincronização entre os programas de ACS e os sistemas de saúde locais cria uma prestação de serviços fragmentada e restringe a eficácia dos programas de ACS⁴²⁻⁴⁴.

Em resposta a essa necessidade, o projeto Agentes Comunitários de Saúde para Acesso à Atenção Primária à Saúde (COMPASS - *Community Health Workers for Primary Health-care Access*) visa projetar, implementar e avaliar de que forma os ACS podem ser vinculados ao

sistema de atenção primária à saúde para melhorar o acesso ao atendimento para pessoas que vivem em grupos socioeconômicos vulneráveis na Bélgica. Essa iniciativa é fortemente inspirada pela ESF brasileira (e pelo programa de Reengenharia da APS da África do Sul⁴⁵, ele mesmo inspirado pela ESF brasileira): consultas com especialistas e visitas de campo no Brasil, incluindo conversas informais com formuladores de políticas e profissionais de saúde em três clínicas de APS no Rio de Janeiro e quatro clínicas de APS em Brasília, ajudaram a aprofundar a compreensão dos mecanismos e fatores contextuais que influenciam o papel do ACS, com o objetivo de informar sua adaptação ao contexto belga. Várias sessões de criação conjunta com pessoas vivendo em circunstâncias socioeconômicas vulneráveis e médicos de família na Bélgica ajudaram a adaptar as lições aprendidas sobre a ESF ao contexto belga. A abordagem atual é por meio de um ensaio controlado randomizado por cluster de quatro anos implementado em 18 clínicas de clínicos gerais em Antuérpia, avaliando como os ACS podem ser vinculados ao sistema de atenção primária à saúde para melhorar o acesso ao atendimento para pessoas que vivem em condições socioeconômicas vulneráveis. Em comparação com o atendimento usual, a intervenção envolve ACS vinculados a clínicas médicas que oferecem um pacote abrangente de apoio a pessoas que vivem em circunstâncias socioeconômicas vulneráveis durante visitas domiciliares. Membros leigos da comunidade que oferecem apoio levando em consideração os aspectos culturais, por meio de relacionamentos de confiança e conexão comunitária, motivam os pacientes a buscar e acessar cuidados de saúde e os ajudam a navegar no sistema de APS. As primeiras evidências sugerem que os ACS estão capacitando e fazendo uma mudança positiva durante as visitas iniciais dos pacientes. Uma rede internacional facilitou o aprendizado global, porém o recrutamento de clínicos gerais foi desafiador.

A iniciativa sul-africana de adotar e adaptar o papel do ACS brasileiro começou em 2010, após uma visita ao Brasil do então Ministro da Saúde, Dr. Aaron Motsoaledi, e dos Membros Provinciais do Conselho Executivo (MECs) para a saúde. Inicialmente, a proposta era para Equipes de Alcance Comunitário de Atenção Primária à Saúde baseadas em enfermarias (WBPHCOT - *Ward-based Primary Health Care Outreach Teams*), compostas por 6 a 10 ACS, cobrindo cerca de 6.000 famílias para garantir desfechos de saúde mais equitativos, particularmente em relação à mortalidade materna e infantil, HIV/Aids, tu-

berculose e outras doenças transmissíveis, e para fortalecer o sistema de saúde em geral. Desde a adoção do programa em 2011, uma primeira auditoria nacional de habilidades de agentes comunitários de saúde e líderes de equipes de alcance comunitário (OTL - *Outreach Team Leaders*) ocorreu em 2023. Nessa auditoria, o número de ACS foi de 42.323 ACS e 2.234 OTL em oito das nove províncias da África do Sul. Assim como no Brasil, os ACS recebem treinamento detalhado e intensivo, mas, na África do Sul, eles recebem um certificado de Promoção da Saúde Ocupacional. A criação do Sindicato Nacional de Trabalhadores da Saúde da África do Sul em 2016 deu aos profissionais segurança no emprego e reconhecimento.

A adoção do papel do ACS brasileiro no Reino Unido (chamado de Trabalhadores Comunitários de Saúde e Bem-Estar, CHWW - *Community Health and Wellbeing Workers*) se desenvolveu lentamente ao longo de um período de vinte anos, começando com experiências pessoais profundas da ESF ao longo de muitos anos. Apesar de uma série de tentativas malsucedidas de testar a função de Agente Comunitário de Saúde ou ganhar força política, diversas publicações de pesquisa e defesa foram produzidas durante 2010 e 2020, e foi a pandemia da COVID-19 que deu ênfase renovada à oportunidade de focar em iniciativas centradas na comunidade. Estudos de impacto nacional no Brasil foram muito influentes, juntamente com a promoção contínua de importantes defensores locais no Reino Unido. Programas-piloto surgiram em diversas localidades desde 2021. Uma parceria bidirecional com a Fiocruz surgiu em 2023 fortalecendo ainda mais a campanha. Os CHWW são muito necessários para preencher uma lacuna na garantia da continuidade do atendimento no nível domiciliar e representam um ponto de contato preferencial para as necessidades dos moradores, permitindo conversas sobre seus cuidados e identificando problemas de forma proativa, a fim de reduzir a necessidade de serviços formais. Mais de 27 localidades na Inglaterra têm, ou estão em processo de implementação, de CHWWs em números variados, com os maiores locais em Cornwall e Westminster, em Londres. Alguns locais estão sendo mantidos com sucesso, outros não conseguiram garantir financiamento contínuo. No geral, o panorama nacional é de crescimento no número de CHWW e conscientização sobre a iniciativa, incluindo visibilidade e reconhecimento em vários relatórios importantes de políticas nacionais^{46,47}. Membros leigos da comunidade são recrutados e pagos para trabalhar em período integral em pequenas áreas geográficas

ficas de 100 a 150 domicílios, integrados à atenção primária e ao sistema de assistência social mais amplo, com a missão abrangente de abordar todos e quaisquer problemas em todos os domicílios de uma determinada área. Uma forte abordagem de franquia social, liderada pela Associação Nacional de Atenção Primária, levou à ampliação do papel do CHWW em muitas localidades, com orientações bem codificadas sobre o papel do CHWW⁴⁸. Entretanto, ainda não existem políticas ou programas nacionais de suporte aos CHWW.

O Quadro 2 resume os resultados dos estudos de caso dos quatro países. O quadro mostra que cada caso adaptou apenas determinados elementos da ESF para atender a necessidades diferentes. Por exemplo, a abordagem angolana visa acelerar a redução da mortalidade materna e infantil, a iniciativa belga concentra-se em melhorar o acesso aos cuidados de saúde, a da África do Sul tem o objetivo primordial de reduzir as desigualdades em saúde e a do Reino Unido concentra-se no uso mais apropriado dos serviços de saúde formais e na adoção de serviços preventivos. Em cada caso, o principal elemento adotado foi o Agente Comunitário de Saúde, e não toda a equipe da ESF.

O quadro também apresenta variações em como cada caso se desenvolveu e se expandiu. As abordagens angolana e sul-africana estão mais próximas do modelo brasileiro no sentido de que são iniciativas de nível nacional que estão em desenvolvimento há mais de uma década. A Bélgica talvez seja a menor em escala porque ainda está em fase piloto, enquanto o Reino Unido representa a fase de ampliação de um piloto bem-sucedido, mas ainda não é um programa com apoio nacional.

Embora cada caso tenha sido inspirado pela ESF e a maioria das equipes tenha tido contato com instituições brasileiras, incluindo visitas de campo a diferentes partes do país, os elementos específicos da ESF que foram adotados também variam de acordo com o local, talvez refletindo as diferenças no objetivo geral de cada iniciativa.

Os desafios também variam de acordo com os casos. Em Angola, os principais desafios são que os ACS não têm o apoio de um sistema de saúde sólido e os centros de saúde têm uma estrutura frágil. Além disso, não há uma política de saúde consistente para incluir ACS com recursos financeiros sustentáveis. Pagamentos atrasados, falta de contrato formal, falta de apoio, baixa moral e falta de dados impedem o impacto potencial que a abordagem pode ter na melhoria da saúde da população. Na Bélgica, alguns dos principais desafios envolveram a cria-

ção e a execução do estudo experimental, como a incapacidade de recrutar agentes comunitários de saúde das comunidades vizinhas das clínicas médicas participantes. Na África do Sul, os desafios incluem o fato de que o número de ACS varia entre os distritos e entre os supervisores, o que representa problemas de produtividade, supervisão e orientação. O sistema sofre com a falta de encaminhamentos e relatórios eficazes, e os WBPHCOT geralmente atuam em condições de trabalho difíceis e perigosas. No Reino Unido, o modelo enfrenta desafios devido aos sistemas de financiamento e entrega altamente fragmentados e ao apoio político variado que torna o papel do CHWW, que abrange a saúde e a assistência social, difícil de implementar e expandir.

O Quadro 3 mostra as principais características da Estratégia de Saúde da Família adotada por esses quatro países: principalmente o papel do ACS. O Brasil, de forma única, distribui ACS em pequenas áreas geográficas definidas de domicílios, com a obrigação de visitar cada domicílio pelo menos uma vez por mês ou com mais frequência, conforme a necessidade. Os ACS brasileiros não se concentram apenas em idades ou condições específicas, mas têm um amplo papel de promoção da saúde e apoio em qualquer área da saúde e assistência social. Eles são principalmente solucionadores de problemas com uma conexão forte e duradoura com a comunidade em que trabalham, geralmente residentes naquela comunidade e pagos em tempo integral para cumprir seu mandato. Totalmente integrados à equipe local de atenção primária, eles podem encaminhar para a clínica e participar integralmente das atividades diárias de atenção primária. Essas características foram sintetizadas por Younan *et al.*⁴⁹ como abrangentes, hiperlocais, universais e integradas. A presença de todas as quatro características é fundamental para o papel dos ACS no Brasil.

Em Angola, os ACS tinham apenas um foco limitado na SMI, mas desde então isso expandiu em escopo e tarefas. Os ADECOS abrangem todas as idades e têm um papel social cada vez mais importante, como apoiar o desenvolvimento comunitário, mobilizar líderes locais e fazer conexões entre as necessidades identificadas e os serviços sociais e de saúde disponíveis, incluindo programas de transferência de renda. Os ACS são recrutados localmente, vivem na mesma comunidade (microárea) onde trabalham, falam a língua local (além do português), têm bons relacionamentos com a comunidade, bem como com líderes tradicionais, profissionais de saúde e gestores locais. Eles são pagos para trabalhar 32 horas por semana, mas os ACS geralmente têm

Quadro 2. Comparação de estudos de caso.

	Angola	Bélgica	África do Sul	Reino Unido
Objetivo	Acelerar a redução da mortalidade materna e infantil por meio de intervenções descentralizadas e acessíveis, reforçando a expansão e a qualificação da atenção primária à saúde (APS) como característica fundamental.	Projetar, implementar e avaliar como os ACS podem ser vinculados ao sistema de atenção primária à saúde para melhorar o acesso ao atendimento para pessoas que vivem em grupos socioeconômicos vulneráveis na Bélgica.	Equipes de Alcance Comunitário de Atenção Primária à Saúde baseadas em enfermarias (WBPHCOT - Ward-based Primary Health Care Outreach Teams), garantem desfechos de saúde mais equitativos, particularmente em relação à mortalidade materna e infantil, HIV/AIDS, tuberculose e outras doenças transmissíveis, e para fortalecer o sistema de saúde em geral.	Funções comunitárias existentes incapazes de garantir a continuidade dos cuidados no nível familiar. Representam um ponto de contato preferencial para as necessidades dos moradores, permitindo conversas sobre seus cuidados e identificando problemas de forma proativa, a fim de reduzir a necessidade de serviços formais.
População atendida	A cobertura estimada é de 412.700 famílias/lares em todo o país.	46 ACS em 10 cidades registraram um total de 8.313 pessoas e realizaram 14.574 intervenções.	46.672 agentes comunitários de saúde visitaram 17,9 milhões de domicílios em 2023/4.	Há 170 CHWW em 15 locais que cobrem aproximadamente 21.000 domicílios ou cerca de 50.000 pessoas no total.
Estágio da iniciativa (piloto, estudo, outros)	Começando em Luanda em 2007, a função dos ACS (ADECOS) expandiu-se para outras províncias. Em 2014, o governo angolano lançou o Programa Nacional ADECOS, financiado pelo governo e por auxílio externo. Atualmente, existem 4.127 ADECOS caminhando para uma estratégia nacional consolidada.	Atualmente, um ensaio controlado randomizado por cluster foi implementado em 18 clínicas médicas em Antuérpia. Em comparação com o atendimento usual (controle), a intervenção envolve ACS vinculados a clínicas médicas que oferecem um pacote abrangente de apoio a pessoas que vivem em circunstâncias socioeconômicas vulneráveis durante visitas domiciliares.	Desde a adoção do programa em 2011, a “Primeira auditoria nacional de habilidades de agentes comunitários de saúde e líderes de equipes de alcance comunitário (OTL) empregados pelo NDoH” ocorreu em 2023. Nessa auditoria, o número de ACS foi de 42.323 ACS e 2.234 OTL em oito das nove províncias da África do Sul.	Mais de 27 localidades na Inglaterra têm, ou estão em processo de implementação, de CHWWs em números variados. Alguns locais são mantidos com sucesso, outros não conseguiram garantir financiamento contínuo. O panorama nacional é de crescimento no número de CHWW e conscientização sobre a iniciativa.
Intervenções específicas	O ADECOS começou com foco específico em saúde materno-infantil (SMI), doenças transmitidas por vetores, tratamento de água e reidratação oral. Recentemente, os ADECOS receberam status formal, são pagos quase em tempo integral e têm uma responsabilidade mais abrangente em saúde e assistência social, incluindo desenvolvimento comunitário e proteção social.	Membros leigos da comunidade que oferecem apoio levando em consideração os aspectos culturais, por meio de relacionamentos de confiança e conexão comunitária, motivam os pacientes a buscar e acessar cuidados de saúde e os ajudam a navegar no sistema de APS.	A composição da equipe do WBPHCOTs foi aprovada como seis a dez ACS comunitários, um coletor de dados e um líder de equipe de alcance comunitário (geralmente um enfermeiro).	Membros leigos da comunidade recrutados e pagos para trabalhar em período integral em pequenas áreas geográficas de 100 a 150 domicílios, integrados à atenção primária e ao sistema de assistência social mais amplo, com a missão abrangente de abordar todos e quaisquer problemas em todos os domicílios de uma determinada área.

continua

Quadro 2. Comparação de estudos de caso.

	Angola	Bélgica	África do Sul	Reino Unido
Como a ESF inspirou?	Liderado pelo UNICEF Angola e em consulta com especialistas do Ceará, e inspirado por evidências de impacto e reconhecimento na literatura internacional. Visitas técnicas de autoridades de saúde de Luanda e a cooperação e parcerias acadêmicas com o Brasil.	Durante sessões de criação conjunta com pessoas vivendo em circunstâncias socioeconômicas vulneráveis e clínicos gerais na Bélgica, adaptamos as lições que aprendemos sobre EFS e Reengenharia de APS do trabalho de campo na África do Sul e visitas de campo no Brasil para o contexto belga.	Essa abordagem tornou-se realidade após uma visita ao Brasil em 2010 do então Ministro da Saúde, Dr. Aaron Motsoaledi, e dos MECs provinciais para a saúde.	Experiência pessoal aprofundada da ESF ao longo de muitos anos. Estudos de impacto nacional no Brasil foram muito influentes. Memorandos de Entendimento estabelecidos com a Fiocruz e visitas a centros de saúde locais no Brasil ampliaram a campanha.
Sucessos	A avaliação inicial indicou maior acesso a cuidados e demanda por serviços de saúde, especialmente para mães e crianças. O piloto expandiu-se geograficamente, em termos de responsabilidades do ACS, e agora inclui grupos populacionais adicionais.	Um processo de criação conjunta sólido com todas as partes interessadas garantiu adequação, viabilidade e cooperação; as primeiras evidências sugerem que os ACS estão capacitando e fazendo uma mudança positiva durante as visitas iniciais dos pacientes. Estabelecimento de uma rede internacional para facilitar o aprendizado global.	Treinamento detalhado e intensivo de ACS seguido de um certificado de Promoção da Saúde Ocupacional. A criação do Sindicato Nacional de Trabalhadores de Cuidados da África do Sul em 2016 deu aos profissionais segurança no emprego e reconhecimento.	Forte abordagem de franquia social levou à ampliação do papel do CHWW em muitas localidades, com orientações bem codificadas sobre o papel do CHWW. A infraestrutura de pesquisa permitiu flexibilidade para dar suporte à implementação sem financiamento específico para pesquisa disponível.
Desafios	Os ACS não eram apoiados por um sistema de saúde sólido; os centros de saúde tinham uma estrutura frágil; não havia uma política de saúde consistente para incluir ACS com recursos financeiros sustentáveis. Pagamentos atrasados, falta de contrato formal, falta de apoio, baixa moral e falta de dados.	O recrutamento de clínicas médicas foi desafiador, pois não foi possível recrutar ACS das comunidades próximas a elas. Esse é um projeto de pesquisa de quatro anos, portanto o financiamento é temporário	O número de ACS varia entre os distritos e entre os supervisores, o que representa problemas de produtividade, supervisão e orientação. Falta de encaminhamentos e relatórios eficazes. Os WBPHCOT geralmente atuam em condições de trabalho difíceis e perigosas.	Sistemas de financiamento e entrega altamente fragmentados e ao apoio político variado que torna o papel do CHWW, que abrange a saúde e a assistência social, difícil de implementar e expandir.

Fonte: Autores.

outros empregos para complementar sua renda. Os ACS são responsáveis por uma microárea com aproximadamente 100 domicílios cada, geograficamente definida, após mapeamento do território. As visitas dos ACS acontecem nos domicílios. Cada domicílio deve receber pelo menos uma visita por mês (visita de acompanhamento de rotina). Visitas mais frequentes devem acontecer se forem identificadas necessidades especiais. Os ACS não são oficialmente

integrados a uma equipe de saúde, mas sua função é fazer a conexão entre as necessidades das famílias e a unidade de atenção primária local, o que requer bons relacionamentos com os profissionais de saúde. Cada ACS tem um supervisor, que às vezes é um membro oficial da equipe de saúde local (por exemplo, como auxiliar de enfermagem). A falta de recursos, por exemplo, não ter uma tela mosquiteira ou uma pílula de tratamento de água para entregar, continua sen-

do um desafio significativo. O funcionamento do sistema de saúde como um todo continua precário e limita a eficácia dos ACS.

Na Bélgica, no braço de intervenção do ensaio controlado randomizado (RCT) do grupo COMPASS, pessoas que vivem em circunstâncias socioeconômicas vulneráveis recebem suporte abrangente relacionado à saúde de um ACS ao longo da vida, sem nenhuma restrição específica ou segmentação por idade, condição clínica ou etnia ao longo de doze meses. Por meio de visitas domiciliares mensais ou momen-

tos de contato, os ACS criam confiança com seus clientes individuais, obtêm insights sobre suas situações de saúde, objetivos pessoais de saúde e as barreiras que enfrentam para atingir esses objetivos. Além disso, é dada atenção às atividades de prevenção. Os ACS visam abordar essas barreiras, permitindo assim que os indivíduos tenham mais controle sobre sua saúde a longo prazo. Os ACS são empregados em 80% do equivalente de tempo integral (ETI) e recebem um salário. Eles foram selecionados com base na familiaridade com bairros vulneráveis na área me-

Quadro 3. Comparação das funções dos ACS.

Características	Angola	Bélgica	África do Sul	Reino Unido
Abrangente	Inicialmente, os ACS tinham apenas um foco limitado na SMI, mas desde então isso expandiu em escopo e tarefas. Os ADECOS abrangem todas as idades e têm um papel social cada vez mais importante, como apoiar o desenvolvimento comunitário, mobilizar líderes locais e fazer conexões entre as necessidades identificadas e os serviços sociais e de saúde disponíveis, incluindo programas de transferência de renda.	No estudo COMPASS, modelos de ACS do Brasil e da África do Sul foram adaptados ao contexto belga por meio de um processo de criação conjunta. Por meio de visitas domiciliares mensais ou momentos de contato, os ACS criam confiança com clientes individuais, obtêm insights sobre suas situações de saúde, objetivos de saúde e barreiras. Os ACS abordam essas barreiras, permitindo que os indivíduos tenham mais controle sobre sua saúde a longo prazo.	Apesar de se esperar que os ACS ofereçam serviços de alcance comunitário, preventivos, promocionais, curativos, de reabilitação e paliativos, o papel evoluiu de atividades verticais e específicas de doenças (especialmente focadas em HIV e TB), e uma abordagem mais abrangente pode ser difícil de ser alcançada.	Os CHWW cobrem todos os aspectos da saúde e assistência social ao longo da vida, sem nenhuma restrição ou direcionamento. Isso inclui promoção da saúde, sinalização para serviços, apoio à mudança de comportamento, identificação precoce de doenças e promoção da adoção de serviços preventivos. A função integra questões de saúde e assistência social e adota uma abordagem que envolve toda a família.
Hiperlocal	Os ACS são recrutados localmente, vivem na mesma comunidade (microárea) onde trabalham, falam a língua local (além do português), têm boas relações com a comunidade, bem como com líderes tradicionais, profissionais de saúde e gestores locais. Eles são pagos para trabalhar 32 horas por semana, mas é comum que os ACS tenham outros empregos para aumentar sua renda.	Os ACS são empregados em 80% do período e recebem um salário. Os ACS foram selecionados com base na familiaridade com bairros vulneráveis na área metropolitana de Antuérpia, proficiência em idiomas locais, fortes habilidades de comunicação (controlando conversas difíceis ou emocionais, lidando com informações confidenciais) e compreensão dos desafios de saúde locais.	Os ACS são recrutados em suas comunidades e visitam moradores que ficam a uma curta distância das instalações. Os ACS recebem um salário mensal, que varia de acordo com a província e a clínica, e as condições têm sido precárias, principalmente durante a renovação anual do contrato. Espera-se que os ACS trabalhem meio período por dia, mas muitas vezes acabam trabalhando mais horas para acomodar as longas distâncias entre as famílias.	Os ACS são recrutados localmente, embora alguns ACS morem até 30 minutos de viagem do bairro onde trabalham. Os ACS são pagos, geralmente por período integral, mas algumas áreas criaram soluções de compartilhamento de tarefas. Em Londres, são necessárias 11 batidas de porta em porta para envolver o morador e leva cerca de um ano para que os ACS alcancem todas as suas famílias e criem um relacionamento duradouro com elas.

continua

Quadro 3. Comparação das funções dos ACS.

Características	Angola	Bélgica	África do Sul	Reino Unido
Universal Aproximadamente de quantas pessoas/famílias os ACS cuidam? Como a população atendida é definida (lista de pacientes, geografia, outros)? Onde acontecem as visitas (casa, clínica, ambas, outros locais)? Com que frequência os ACS fazem visitas/mantém contato com os pacientes?	Os ACS são responsáveis por uma microárea com aproximadamente 100 domicílios cada, geograficamente definida, após mapeamento do território. As visitas dos ACS acontecem nos domicílios. Cada domicílio deve receber pelo menos uma visita por mês (visita de acompanhamento de rotina). Visitas mais frequentes devem acontecer se forem identificadas necessidades especiais.	Cada ACS está vinculado a duas clínicas médicas e dá apoio a um total de 42 pacientes uma vez ao mês. As equipes das clínicas médicas identificam pacientes que precisam de apoio adicional.	Cada WBPHCOT tem cerca de 6 a 10 ACS e é responsável por aproximadamente 6.000 indivíduos (1.000 famílias), embora isso possa variar de acordo com a ruralidade. O feedback regular sobre o sistema distrital de informações de saúde rastreia a atividade da equipe. Às vezes, os ACS são encarregados de atividades nas instalações e aqueles que tomam medicamentos crônicos geralmente são auxiliados pelos ACS, que entregam suas receitas.	Alocados em bairros com 100 a 150 domicílios cada, e isso é definido geograficamente. Em áreas urbanas, os CHWW trabalham em redes de clínicas médicas que cobrem áreas geográficas mais amplas, mas visitam apenas moradores atendidos por essas clínicas. As visitas geralmente acontecem nos domicílios. Embora o mandato seja universal, sua concretização tem sido gradual e ao longo do tempo.
Integrada Os ACS são membros oficiais de uma equipe de saúde integrada? Essa equipe está envolvida apenas na atenção primária ou envolve outros setores? Até que ponto os ACS conseguem apoiar eficazmente a solução dos problemas ou necessidades dos residentes?	Os ACS não são oficialmente integrados a uma equipe de saúde, mas eles fazem a conexão entre as necessidades das famílias e a unidade de atenção primária local, o que requer bons relacionamentos com os profissionais de saúde. Cada ACS tem um supervisor, que às vezes é um membro oficial da equipe de saúde local. Falta de recursos e fragilidades do sistema de saúde limitam o impacto dos ACS.	Cada ACS está ligado a duas clínicas médicas. Eles são partes integrantes da equipe, cooperando com outros profissionais de saúde na prática e participando de reuniões da equipe multidisciplinar. Estamos adotando uma abordagem de aprender fazendo para melhorar a comunicação, o compartilhamento de informações e a colaboração entre os ACS, as clínicas médicas e suas equipes. O RCT está em andamento.	Os WBPHCOT oferecem serviços integrados a famílias e indivíduos dentro de sua área de abrangência. Os ACS mais experientes encaminham pacientes para setores relacionados à saúde e não relacionados à saúde. Os WBPHCOTs trabalham com a instalação de APS e com serviços não relacionados à saúde, mas há variabilidade no nível de integração.	Os CHWW são membros oficiais das equipes de atenção primária, têm e-mails e cartões de identificação do NHS e podem inserir informações no prontuário eletrônico do paciente, mas isso só foi implementado em algumas localidades. Os CHWW são recrutados com base em sua motivação para solucionar problemas para todas as famílias e, independentemente do nível de integração no sistema mais amplo, eles conseguem isso bem.

Fonte: Autores.

tropolitana de Antuérpia, proficiência em idiomas locais, fortes habilidades de comunicação e compreensão dos desafios de saúde enfrentados pelos indivíduos (obtida por meio de interesse e/ou experiência pessoal). Alguns ACS não residem próximos às famílias que devem atender. Diferentemente do Brasil, cada ACS está vinculado a dois consultórios médicos e o número de moradores atendidos é menor do que no Brasil (aproximadamente 100 moradores cada). Como este é um estudo de pesquisa, os participantes

precisam dar consentimento para serem incluídos no estudo.

Os ACS sul-africanos devem oferecer serviços de alcance comunitário, preventivos, promocionais, curativos, de reabilitação e paliativos. No entanto, o papel evoluiu de atividades verticais e específicas de doenças (especialmente focadas em HIV e TB), e uma abordagem mais abrangente pode ser difícil de ser alcançada com pouca evidência da frequência/distribuição desse serviço específico prestado. Os ACS são recru-

tados em suas comunidades e visitam moradores que ficam a uma curta distância das instalações. Os ACS recebem um salário mensal, que varia de acordo com a província e a clínica, e as condições têm sido precárias, principalmente durante a renovação anual do contrato. Espera-se que os ACS trabalhem meio período por dia, mas muitas vezes acabam trabalhando mais horas para acomodar as longas distâncias entre as famílias. Cada WBPHCOT tem cerca de 6 a 10 ACS e é responsável por aproximadamente 6.000 indivíduos ou 1.000 famílias, embora isso possa variar de acordo com a ruralidade. O feedback regular sobre o sistema distrital de informações de saúde garante um nível de monitoramento para rastrear a atividade da equipe. Às vezes, os ACS são encarregados de atividades nas instalações, mas há contato regular com os pacientes, e aqueles que tomam medicamentos crônicos geralmente são auxiliados pelos ACS, que entregam suas receitas. Os WBPHCOT oferecem serviços integrados a famílias e indivíduos dentro de sua área de abrangência, sendo a unidade o sistema de saúde distrital onde a atenção primária à saúde é implementada. Os ACS mais experientes encaminham pacientes para uma variedade de setores relacionados à saúde e não relacionados à saúde (por exemplo, para acessar subsídios governamentais, um assistente social, para solicitar documentos de identidade, certidões de nascimento ou óbito etc.). Os WBPHCOT trabalham com a unidade de saúde primária (gerente da clínica, enfermeiros, farmacêuticos etc.) e com serviços não relacionados à saúde (desenvolvimento social, assuntos internos etc., mas há uma enorme variabilidade em relação ao grau de integração).

No Reino Unido, os CHWW cobrem todos os aspectos da saúde e assistência social ao longo da vida, sem nenhuma restrição ou direcionamento específico. Isso inclui promoção da saúde, sinalização para serviços, apoio à mudança de comportamento, identificação precoce de doenças e promoção da adoção de serviços preventivos de qualquer tipo. A função é totalmente abrangente, integrando questões de saúde e assistência social e adotando uma abordagem que envolve toda a família. Algumas tarefas adicionais, como monitoramento da pressão arterial, estão sendo incluídas em algumas áreas. Os CHWW são recrutados localmente, embora alguns CHWWs morem até 30 minutos de viagem do bairro onde trabalham, principalmente em áreas rurais como Cornwall. Os CHWW são pagos, geralmente por período integral, mas algumas áreas criaram soluções de compartilhamento de tarefas. Em Londres, são necessárias 11

batidas de porta em porta para envolver o morador e leva cerca de um ano para que os CHWWs alcancem todas as suas famílias e criem um relacionamento duradouro com elas. No entanto, assim como no Brasil, os CHWW são alocados em bairros com 100 a 150 domicílios cada, e isso é definido geograficamente. Em áreas urbanas, os CHWW trabalham em redes de clínicas médicas que cobrem áreas geográficas mais amplas, mas visitam apenas moradores registrados nessas clínicas. As visitas geralmente acontecem nos domicílios. Embora o mandato seja universal, sua concretização tem sido gradual e ao longo do tempo. Os CHWW são integrados à atenção primária, como no Brasil, e são membros oficiais das equipes de atenção primária, têm e-mails e cartões de identificação do NHS e podem inserir informações no prontuário eletrônico do paciente, mas isso não é implementado uniformemente e foi alcançado apenas em algumas localidades. Os CHWW são recrutados com base em sua motivação para solucionar problemas para todas as famílias e, independentemente do nível de integração no sistema mais amplo, eles conseguem isso bem.

Discussão e conclusão

Este artigo identificou quatro estudos de caso diferentes de elementos da ESF brasileira sendo adaptados a contextos de saúde muito diversos para aprimorar as necessidades essenciais da APS. Alguns insights importantes podem ser extraídos dessa abordagem de estudo de caso comparativo. Em cada um desses casos, os países adotaram apenas um aspecto da ESF: a abordagem do Agente Comunitário de Saúde. Na Bélgica e no Reino Unido, os ACS preenchem uma lacuna em uma equipe de atenção primária bem definida. Nos casos da África do Sul e de Angola, essa decisão pode ter sido baseada na falta de outros profissionais de saúde qualificados. A tradução da ESF para esses contextos internacionais foi impulsionada pela experiência pessoal, redes e colaboração interministerial. Defensores locais e nacionais impulsionam a adoção nos estágios iniciais, o que pode levar muitos anos até que ocorra a tração por meio de testes piloto e, em seguida, o escalonamento. Parcerias recíprocas tiveram um papel importante em muitas dessas trajetórias. Cada contexto teve que superar vários desafios, muitos dos quais são típicos da transformação dos serviços de saúde. Por exemplo, as mudanças no nível do sistema necessárias para incorporar uma função tão abrangente são muitas vezes reflexões tardias e subfinanciadas.

Pode levar muitos meses, às vezes até mais, após o recrutamento de um ACS para que ele cumpra suas responsabilidades conforme planejado. Pode levar tempo para que ocorra a mudança cultural necessária, de um sistema reativo para um sistema proativo baseado na construção de relacionamentos e visitas domiciliares. Como resultado, apesar dos melhores esforços, pode haver variações locais significativas na maneira como os ACS são alocados. A criação de um programa nacional eventualmente ajuda a sistematizar a função e incorporá-la ao sistema mais amplo de saúde e assistência social – algo que foi implementado de forma muito eficaz no início dos anos 2000 no Brasil. O papel dos ACS como base da atenção primária ainda não está totalmente estabelecido nesses cenários, da mesma forma que no Brasil. Às vezes, ela é vista como um trampolim para funções “superiores”, em vez de uma função excepcionalmente importante, que exige habilidades excepcionalmente importantes dentro da atenção primária.

Muitas outras lições podem ser tiradas do sucesso da expansão do papel do ACS no Brasil em todo o país. A criação de uma agenda de pesquisa eficaz e de uma ampla infraestrutura de dados é necessária para sustentar as evidências e o suporte ao escalonamento. Um serviço nacional de saúde universal com participação financeira de contribuições federais, estaduais e municipais, juntamente com incentivos financeiros (como os sistemas de pagamento per capita fixo e variável), desempenhou um papel enorme em ajudar os municípios brasileiros a adotar a abordagem da ESF para a atenção primária. Embora o Reino Unido (serviço nacional de saúde) e a Bélgica (convênio de saúde nacional) tenham abordagens um pouco diferentes para o financiamento da assistência médica, cada país oferece cobertura universal com forte foco em atenção primária. África do Sul e Angola, no entanto, ainda estão no processo de desenvolvimento de seus sistemas nacionais de saúde. Apesar das diferenças, em cada estudo de caso ainda há a necessidade de definir como os agentes comunitários de saúde podem ser financiados de forma sustentável, não como um programa independente, mas como uma parte valiosa de uma equipe multidisciplinar de saúde e parte integrante do sistema de saúde. Incentivos e apoio administrativo para expandir e integrar os ACS devem ser considerados em âmbitos nacionais nesses quatro países.

A construção de uma linguagem comum, como foi alcançada por meio do trabalho de Starfield, identificando temas e objetivos principais da atenção primária, e o uso de instrumen-

tos de avaliação apropriados, como a adaptação brasileira do PCATool, são importantes para documentar o progresso e comunicar as realizações, bem como os desafios. Cada país do estudo de caso precisará aproveitar o progresso para informar novas narrativas de políticas sobre cuidados proativos, relacionais e baseados na comunidade, que se afastem da dependência de modelos médicos reativos e transacionais. Ao mesmo tempo, é necessário ter flexibilidade para que os programas nacionais não burocratizem ou controlem excessivamente a função do ACS. Nesse sentido, é preciso ter cautela para não gerar dados que não serão ou não poderão ser usados, ou restringir a atividade dos ACS por meio de treinamentos ou certificações excessivamente onerosos. Esse é reconhecidamente um equilíbrio difícil de alcançar.

Em última análise, a implantação de agentes comunitários de saúde como funções abrangentes, hiperlocais, universais e integradas, conforme definido no SUS, requer uma transformação de longo alcance do sistema nesses contextos, passando de sistemas transacionais e reativos orientados verticalmente para um sistema de cuidados em saúde relacional, orientado para a comunidade e centrado na pessoa. Com base nas experiências no Brasil, essa transformação tem o poder de melhorar os desfechos de saúde e a equidade em saúde em cada um dos países deste estudo de caso.

Colaboradores

J Macinko: conceitualização, redação - preparação do rascunho original. M Harris: conceitualização, redação - preparação do rascunho original, curadoria de dados. C Giugliani: curadoria de dados, investigação, redação - revisão e edição. CJ Minton: curadoria de dados, investigação, redação - revisão e edição. C Masquillier: curadoria de dados, investigação, redação - revisão e edição. K Wet: curadoria de dados, investigação, redação - revisão e edição. E Wouters: curadoria de dados, investigação, redação - revisão e edição.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

O apêndice está disponível em: <https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.GC97IV>.

Referências

1. Medcalf AJ, Bhattacharya S, Momen H, Saavedra MA, Jones M. *Health for all: The journey to universal health coverage*. Hyderabad (IN): Orient Blackswan; 2015.
2. Andrade HS, Alves MGM, Carvalho SR, Silva AG. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Physis* 2018; 28(03):e280311.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
4. Coelho-Filho JM, Soares SMS, Sá HLC. Problem-based learning: application and possibilities in Brazil. *Sao Paulo Med J* 1998; 116:1784-1785.
5. Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, Craveiro VA. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 7:293-301.
6. Fontenelle LF. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Rev Bras Med Família Comun* 2012; 7(22):5-9.
7. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
8. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Gonçalves MR, Trindade TG, Oliveira MM, Pinto ME. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:156.
9. Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Planning* 2007; 22(3):167-177.
10. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saude Publica* 2006; 22:1649-1659.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil*. Brasília: MS; 2010.
12. Perillo RD, Poças KC, Bernal RTI, Duarte EC, Malta DC. Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3):961-974.
13. Perillo RD, Bernal RTI, Poças KC, Duarte EC, Malta DC. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do Primary Care Assessment Tool-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23(Supl. 1):e200013.
14. Macinko J, Mullachery PH. Primary care experiences among Brazilian adults: Cross-sectional evidence from the 2019 National Health Survey. *PLoS One* 2022; 17(6):e0269686.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.
16. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Access to care in Primary Health Care in Brazil: situation, problems and coping strategies. *Saude Debate* 2018; 42:361-378.
17. Macinko J, Guanais F, Souza F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Commun Health* 2006; 60:13-19.
18. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99(1):87-93.
19. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simoes CCS. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med* 2007; 65(10):2070-2080.
20. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. *Pediatrics* 2010; 126(3):e534-e540.
21. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Commun Health* 2006; 60(1):13-19.
22. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Economics* 2010; 19(S1):126-158.
23. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LF, Simoni CD, Turci MA. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP--Brazil). *Cad Saude Publica* 2009; 25(6):1337-1349.
24. Senna MCM. Equity and health policy: some reflections on the Family Health Program in Brazil. *Cad Saude Publica* 2002; 18:S203-S211.
25. Almeida G, Sarti FM. Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(2):83-89.
26. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med* 2017; 14(5):e1002306.
27. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, Turci MA, Macinko J. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care* 2011; 49(6):577-584.
28. Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance. *Health Aff (Millwood)* 2017; 36(1):149-158.

29. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, Oliveira VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29(12):2149-2160.
30. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saude Debate* 2018; 42:18-37.
31. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19(4):303-317.
32. Roman A. A closer look into Brazil's healthcare system: what can we learn? *Cureus* 2023; 15(5):e38390.
33. Escorel S, Giovannella L, Mendonca MHM, Senna MCM. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2-3):164-176.
34. World Health Organization (WHO). *World Health Report: Primary Health Care: Now More than Ever*. Geneva: WHO; 2008.
35. Wadge H, Bhatti Y, Carter A, Harris M, Parston G, Darzi A. *Brazil's Family Health Strategy: Using Community Health Care Workers to Provide Primary Care*. New York: The Commonwealth Fund; 2016.
36. World Health Organization (WHO). *Report of the Global conference on primary health care: from Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals* [Internet]. 2019 [cited 2025 mar 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-global-conference-on-primary-health-care-from-alma-ata-towards-universal-health-coverage-and-the-sustainable-development-goals>.
37. Rajan D, Rouleau K, Winkelmann J, Kringos D, Jakab M, Khalid F, editors. *Implementing the primary health care approach: A primer*. Geneva: WHO; 2024.
38. Bartlett L, Vavrus F. *Rethinking Case Study Research: A Comparative Approach*. Routledge; 2016.
39. GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2022; 399(10341):2129-2154.
40. Perry HB, Hodgins S. Health for the people: past, current, and future contributions of national community health worker programs to achieving global health goals. *Glob Health Sci Pract* 2021; 9(1):1-9.
41. Masquillier C, Cosaert T. Facilitating access to primary care for people living in socio-economically vulnerable circumstances in Belgium through community health workers: towards a conceptual model. *BMC Primary Care* 2023; 24(1):281.
42. Afzal MM, Pariyo GW, Lassi ZS, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 2. Planning, coordination, and partnerships. *Health Res Policy Syst* 2021; 19(Supl. 3):103.
43. LeBan K, Kok M, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 9. CHWs' relationships with the health system and communities. *Health Res Policy Syst* 2021; 19(Supl. 3):116.
44. Mupara LM, Mogaka JJ, Brieger WR, Tsoka-Gwegweni JM. Scorecard metrics for assessing the extent of integration of community health worker programmes into national health systems. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2021; 13(1):e1-e14.
45. Assegaai T, Reagon G, Schneider H. Evaluating the effect of ward-based outreach teams on primary healthcare performance in North West Province, South Africa: A plausibility design using routine data. *S Afr Med J* 2018; 108(4):329-335.
46. Fuller C. *Next steps for integrating primary care: Fuller stocktake report*. NHS England; 2022.
47. UK House of Lords. *Patients at the centre: integrating primary and community care*. UK House of Lords; 2023.
48. National Association of Primary Care. *Community Health and Wellbeing Workers (CHWWs)* [Internet]. 2024 [cited 2025 mar 13]. Available from: <https://napc.co.uk/chww/>.
49. Younan H-C, Junghans C, Harris M, Majeed A, Gnani S. Maximising the impact of social prescribing on population health in the era of COVID-19. *J Royal Soc Med* 2020; 113(10):377-382.
50. GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators. Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Glob Health* 2022; 10(12):e1715-e1743.
51. Global Health Observatory [Internet]. 2025 [cited 2025 mar 20]. Available form: <https://www.who.int/data/gho>.

Artigo apresentado em 03/04/2025

Aprovado em 22/05/2025

Versão final apresentada em 24/05/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca