

Ensaio e debates

O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE AO DESAFIO DA NOVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

THE ROLE OF THE COMMUNITY HEALTH WORKER IN THE CHALLENGE OF THE NEW NACIONAL POLICY OF PRIMARY HEALTH CARE

EL PAPEL DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD ANTE EL DESAFÍO DE LA NUEVA POLÍTICA NACIONAL DE ATENCIÓN BÁSICA

Helena Pereira Rodrigues da Silva¹

Michele Neves Meneses²

Denise Bueno³

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi⁴

Resumo

Este ensaio propõe-se a discorrer sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) à luz do novo texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Partindo da atuação específica desse profissional, o artigo busca contribuir com reflexões acerca do modelo de atenção à saúde que poderá se consolidar a partir dessas transformações. O ACS é essencial na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) por fortalecer a integração entre os serviços de Atenção Básica à Saúde e a comunidade. É personagem protagonista na efetivação de uma prática que considere o conceito ampliado de saúde. Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, atuando desde a identificação dos fatores que interferem na saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças, exercendo inclusive a função de estimular e organizar as reivindicações da comunidade. As mudanças no texto da PNAB devem ser acompanhadas com atenção, uma vez que o ACS enquanto profissional da equipe da Estratégia Saúde da Família, é um agente promotor de saúde que dialoga com as pessoas em seus territórios e que atua nas desigualdades em saúde.

¹ Cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: helenapereira@gmail.com

² Enfermeira na Prefeitura Municipal do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Articulação Nacional de Movimentos e Práticas em Educação Popular e Saúde – ANEPS/MOPS. Educadora Popular em Saúde. Especialista em Abordagem Multidisciplinar em Dependência Química. Especialista em Educação Permanente em Saúde. Especialista em Vigilância Ambiental em Saúde. Especialista em Gestão em Saúde Pública. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: michelemenese22@gmail.com

³ Farmacêutica. Professora associada IV do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos da Faculdade de Farmácia. Professora permanente dos Programas de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: denise.bueno@ufrgs.br

⁴ Cirurgiã-dentista. Doutora em Educação. Professora associada do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Políticas Públicas de Saúde.

Abstract

This essay will discuss the role of a Community Health Worker (CHW) in the updated version of the Brazilian Primary Health Care Policy. Based on the specific functions of these professionals, the thesis presents reflections about the health care model that could be consolidated from these transformations. The CHWs are essential for strengthening the integration between Primary Health Care services and the community in the Brazilian national public health system (SUS). They have a leading role in the implementation of practices that consider the expanded concept of health. The main objective of the CHW is to increase the quality of life of people and the community, by identifying factors that interfere in their health, health promotion, disease prevention, and even by stimulating and organizing the community's claims. The changes in the text of the PNAB should be closely followed, since the ACS as a professional of the Family Health Strategy team, is a health promoting agent that dialogues with people in their territories and that acts on health inequalities.

Keywords: Community Health Workers. Primary Health Care. Unified Health System. Public Health Policy.

Resumen

En este ensayo se propone destacar el papel del Agente Comunitario de Salud (ACS) a la luz del nuevo texto de la Política Nacional de Atención Básica. A partir de la actuación específica de este profesional, el artículo espera contribuir con reflexiones sobre el modelo de atención a la salud que podrá consolidarse a partir de esas transformaciones. El ACS es esencial en la implementación del Sistema Único de Salud para fortalecer la integración entre los servicios de Atención Básica a la Salud y la comunidad. Es un personaje protagonista en la consolidación de una práctica que considere el concepto ampliado de salud. Su trabajo tiene como principal objetivo contribuir a la calidad de vida de las personas y de la comunidad, actuando desde la identificación de los factores que interfieren en la salud, la promoción de la salud, prevención de enfermedades e incluso, practicando la función de estimulación y organización a partir de los reclamos de la comunidad. Los cambios en el texto de la PNAB deben ser acompañados con atención, una vez que el ACS como profesional del equipo de la Estrategia Salud de la Familia, es un agente promotor de la salud que dialoga con las personas en sus territorios y que actúa en las desigualdades en salud.

Palabras-clave: Agentes Comunitarios de Salud. Atención Primaria de Salud. Sistema Único de Salud. Políticas Públicas de Salud.

Introdução

No processo de consolidação da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) teve papel estruturante, tornando-se a principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde no país, comprometida com a garantia da universalidade e integralidade das ações em saúde. A equipe mínima da ESF é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), tendo esse último, papel de destaque na equipe, principalmente no que tange ao vínculo da comunidade com o sistema de saúde (BRASIL, 2012). O presente ensaio tem como intenção discorrer sobre o papel do ACS à luz do novo texto da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017a). Partindo da atuação específica do profissional ACS no contexto da Atenção Básica à Saúde, o artigo busca contribuir com reflexões acerca do modelo de atenção que poderá se consolidar no Brasil a partir dessas transformações.

O aspecto que representa um grande diferencial dessa categoria profissional é a comunicação facilitada que possui com os usuários do serviço de saúde, pela proximidade, identificação e aspectos culturais compartilhados (REIS et al., 2006; COSTA et al., 2013). É um profissional que fortalece as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. O ACS identifica mais rapidamente os riscos à

saúde, pois atua no dia a dia da comunidade que está inserido, morando no território, visitando as residências, estando junto com as famílias, pessoas e comunidade, aproximando o serviço de saúde da população (BRASIL, 2009). O trabalho do ACS junto à equipe da ESF modificou muito o entendimento do cuidado em saúde, o qual passou a integrar o território no qual a pessoa está inserida e sua realidade de vida (SILVA; DALMASO, 2004). O ACS é essencial para a concretização da ESF e também da efetivação de uma prática que considere o conceito ampliado de saúde. Por meio de seu trabalho junto às comunidades, é considerado um elemento nuclear das ações em saúde, sendo o elo entre a comunidade e a equipe.

As atribuições dos ACS foram estabelecidas, primeiramente, pela Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997 e foram descritas em 2012 na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2012). São mencionadas como atribuições do ACS atividades que fazem parte do conhecimento do território (cadastramento e mapeamento) e acompanhamento das famílias, de acordo com critério de vulnerabilidade (orientação das famílias em relação ao uso do serviço de saúde, promoção da integração entre os profissionais e as famílias, desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde) (BRASIL, 2012). O ACS orienta tanto a comunidade como o serviço de saúde em relação às situações de risco enfrentadas pelas famílias, portanto, assume papel de sujeito articulador, sendo fundamental no elo da mudança de hábitos de vida, bem como nas condições de saúde (BRASIL, 2009).

Em 2017 foi publicada a nova PNAB, pela Portaria nº 2.436/2017, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a) que, em uma formulação e reestruturação de política sem orientações claras, traz à luz uma transformação na perspectiva de cuidado à saúde. Abre, dessa maneira, espaço para o fortalecimento das ‘Unidades de Atenção Básica’. Segundo o texto da Portaria, as equipes de saúde:

[...] deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais (BRASIL, 2017, p. 71).

Importante salientar que essas Unidades ‘tradicionais’ não possuem vínculo com a comunidade, possuindo a lógica de atendimento por livre demanda, centrado na doença e em práticas curativas. A mudança da legislação também prevê que não há necessidade de ter equipe fixa de 40h semanais, sendo um cuidado hegemônico e de saúde mínima, nominado como ‘padrão essencial’. Em relação ao ACS, não existe mais a obrigatoriedade de um número mínimo de ACS por equipes para que a população tenha 100% de cobertura. O número de ACS, agora, é definido pela gestão local, a partir de critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. A cobertura de 100% da

população, com o número máximo de 750 pessoas por cada ACS, é recomendada apenas para áreas de risco e vulnerabilidade social, ficando a cargo do gestor local essas caracterizações. Tal fato abre precedentes para o não cumprimento da cobertura total da população e volta para a lógica de saúde exclusivamente para os pobres, em oposição ao princípio da universalidade do SUS (BRASIL, 2017a).

Em 2006, os ACS foram reconhecidos constitucionalmente pela implementação da Emenda Constitucional 51/2006, a qual possibilitou aos municípios a contratação dos referidos profissionais por meio de processo seletivo público (BRASIL, 2006). A Emenda exigiu que eles fossem servidores, com garantia de todos os direitos trabalhistas e previdenciários. Uma conquista que foi fruto da luta dos próprios ACS, já que, antes disso, eram profissionais com vínculos frágeis de trabalho. Em 2014, no governo Dilma, esses profissionais conquistaram o piso da categoria que exige uma remuneração acima do mínimo, com a Lei Federal 12.994/2014, instituído o piso salarial da categoria em R\$ 1.014,00 (um mil e quatorze reais), para uma jornada de quarenta horas semanais (BRASIL, 2014). Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente até 2017 estabelecia quantos ACS eram obrigatórios, por equipe de Saúde da Família, sendo quatro, o número mínimo. Tem-se, assim, um cenário que pode gerar a precarização do trabalho desse profissional, retirando a exigência de um mínimo de ACS por equipe, conforme exposto na nova PNAB.

Situações do cotidiano de trabalho do ACS trazem dilemas culturais, religiosos, territoriais e relacionados à educação, a diversidade de realidades com as quais o esse profissional tem de lidar e que, muitas vezes, transcendem o campo saúde pois fala de condições de vida que abrangem uma atuação intersetorial (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; LAVOR, 2004).

O eixo central do trabalho do ACS está no processo educativo, por meio do desenvolvimento de ações de promoção da saúde, além de ser o elo com a comunidade e reconhecer o território com excelência, pela nova PNAB, sua função será mais assistencial, centrada em doenças. Trata-se de um fazer saúde baseado na execução de técnicas específicas. Como exemplo disso, a atual PNAB traz novas atribuições a esse profissional, como executar a aferição de temperatura axilar e pressão, realizar medição de glicemia capilar e orientações relacionadas à administração de medicamentos (BRASIL, 2017a), sendo estas, funções da competência legal dos profissionais de Enfermagem, previstas na Lei do Exercício Profissional nº 7498/86 (COFEN 1986) e seu Decreto Regulamentador nº 94.406/87 (COFEN, 1986). Os curativos e cuidado com feridas também são, até então, competência da equipe de Enfermagem e apresentam normatização específica, segundo a Regulamentação do Exercício da Enfermagem (BRASIL, 1987) e a Resolução COFEN nº 567/2018 (BRASIL, 2018).

É um cenário de uma grande mudança no que diz respeito ao cuidado em saúde em território brasileiro, mas também, às atribuições do ACS, uma vez que essa é a categoria que possui maior

contingente profissional na Atenção Básica. Observa-se que determinadas alterações propostas pela PNAB de 2017 vão aproximando-se do intento de uma cobertura universal e não de acesso universal à saúde, conforme preconizado na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990). O termo cobertura universal de saúde se refere à prestação de um serviço ou de um conjunto de garantias que podem estar cobertas ou não, reduzindo a noção de saúde. O acesso para ser universal deve ser oportuno e eficaz aos serviços, indo ao encontro do princípio equitativo do SUS. Sem o acesso universal, a cobertura universal se transforma em meta inatingível. O acesso universal considera a saúde como resultado de um conjunto de outros subsistemas essenciais, como o da educação, da habitação, do trabalho, entre outros, que interagem para promover melhoria na qualidade de vida da população e, com isso, prevenir doenças (EVANS; HSU; BOERMA, 2013).

Juntamente à implementação da nova PNAB, a retirada de incentivos financeiros de programas da saúde por parte do governo federal tem ocorrido de forma progressiva. Pode-se constatar tal fato por meio do Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento nos anos de 2017 e 2018, ao que tange, por exemplo, à Prevenção, Controle e Tratamento de Doenças Negligenciadas na Atenção Básica, que teve decréscimo de 83,33% no orçamento para o ano 2018. Na expansão e consolidação da Atenção Básica, porta de entrada do sistema de saúde, houve decréscimo de 11,92% de investimentos em 2018, quando comparados ao ano de 2017 (BRASIL, 2018). Corrobora com esse cenário a redução de orçamento devido à Emenda Constitucional 95 que coloca um teto nos gastos até o ano de 2036, congelando os investimentos por 20 anos na Saúde, Educação e Assistência Social (BRASIL, 2016).

Dessa forma, entende-se que o novo texto da PNAB está alinhado e se articula com a lógica de desregulamentação do repasse financeiro do SUS, em que houve a redução dos seis blocos (atenção básica, atenção especializada, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, produtos profiláticos e terapêuticos e alimentação e nutrição) para duas categorias, custeio e investimento (capital) (BRASIL, 2017b). Nesse novo modelo, os recursos passam exclusivamente para categorias orçamentárias (custeio e investimento), sendo o bloco de custeio a junção de todas as ações em saúde. Os recursos poderão ser direcionados para outros usos, autorizando o gestor local a escolher onde investir ou cortar e reduzir o SUS e, obviamente, abrindo espaço para a desqualificação de algumas ações em saúde, principalmente aquelas que não possuem visibilidade imediata, com as atividades de prevenção.

Além da reformulação da PNAB (BRASIL, 2017a), a diminuição do custeio em áreas da seguridade social ocorrida em 2016, pode demonstrar a reação dos setores políticos e econômicos conservadores na gestão do sistema de saúde brasileiro refletindo um entendimento diferente do anterior a este período histórico nacional quando a Constituição implantou em 1988 um Estado Social no Brasil.

O teto de gastos públicos do governo federal brasileiro, implementado pela EC 95/2016, é, portanto, uma ofensiva conservadora de retirada de direitos sociais, tendo como alvo prioritário o projeto constituinte de 1988, que exige a intervenção do Estado para a redução das severas desigualdades sociais e econômicas, necessária para uma economia verdadeiramente soberana. O ataque também é à concepção neo-desenvolvimentista desse mesmo projeto constituinte, que reserva ao investimento público papel essencial ao estímulo do investimento privado e do crescimento do setor produtivo nacional, com o intuito de reduzir a dependência do país às potências estrangeiras hegemônicas (MARIANO, 2017, p. 274).

Nesse contexto, em que se torna visível a possibilidade de retrocessos e a precarização de políticas públicas, é imprescindível defender a importância do papel do ACS não só como parte essencial da equipe da ESF, mas também como sujeito importante na consolidação dos direitos da saúde e sociais.

O ACS além de possuir o vínculo com a população, um dos componentes da integralidade do SUS, é muitas vezes a voz da comunidade dentro do sistema de saúde, pois apenas com ele se consolida a relação saber e fazer popular em ato, valorizando questões culturais da comunidade, integrando o saber popular e o científico (BRASIL, 2009).

Pensar e fazer saúde na busca pela promoção da vida da população brasileira e da democracia, por meio do fortalecimento do SUS, torna-se uma tarefa cotidiana mais do que árdua, principalmente para manter a chama acesa dos princípios da Reforma Sanitária brasileira de transformar a sociedade por meio da saúde. Um modelo que incorpore, além de outros profissionais, novos saberes, práticas e olhares em saúde e não o antigo modelo de saúde centrado em um único profissional, positivista, fragmentado por especialização, mecanicista, biologista, tecnicista, individualista e hospitalocêntrico, que tem sido historicamente marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e com entendimento de saúde como apenas a ausência de doença (SCHERER et al., 2005).

Torna-se necessário fortalecer o papel do ACS qualificando sua intervenção na comunidade como agente de promoção da saúde em um modelo que dialogue com as pessoas e que atue nas desigualdades em saúde. Defender o papel do ACS de educador e promotor da saúde é defender o SUS, a democracia, em uma perspectiva de sociedade justa, igualitária e equânime.

Referências

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, jan./fev. 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento (SIOP)**. Disponível em: <<https://www.siop.planejamento.gov.br/siop/>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080/90. Lei orgânica da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 1997.

BRASIL. Presidência da República. Constituição (1988). Emenda constitucional n. 51, de 15 de fevereiro de 2006, modifica a Constituição Federal ao acrescentar os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da mesma. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, jun. 2014.

BRASIL. Emenda Constitucional 95, de 15 de novembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, set. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 2017b.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Legislação para o Exercício da Enfermagem**, 1986. 6p. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/download/Leiprofissional.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Decreto 94.406, de 08.06.87. Regulamenta a Lei nº. 7498/86, que dispõe do exercício da Enfermagem e dá outras providências. In: SÃO PAULO. Conselho Regional de Enfermagem. **Documentos básicos de Enfermagem**. São Paulo, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 567, 29 de janeiro de 2018. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. Brasília: **Diário Oficial da União**, fev. 2018.

COSTA, S. M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, jul. 2013.

EVANS, D.; HSU, J.; BOERMA, T. Universal health coverage and universal access. **Bull. World Health Organ.**, Geneve, v. 91, p. 546-546, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano V, n. 1, p. 121-128, jan./mar. 2004.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017.

REIS, J. R. F.; BORGES, C. F. Contribuições históricas e políticas para a formação de agentes comunitários. **Revista Contemporânea de Educação**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 21, p. 98-120, 2016.

ROCHA, C. H.; TEIXEIRA, J. R. Complementaridade versus substituição entre investimento público e privado na economia brasileira: 1965-1990. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 378-384, jul./set. 1996.

SCHIER, A. C. R. **Serviço Público**: garantia fundamental e cláusula de proibição de retrocesso social. Curitiba: Íthala, 2016.

SCHERER, M. D. A. et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas, **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004/fev. 2005.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente de saúde comunitário: o ser, o saber, o fazer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1433-1434, set./out. 2004.

STIGLITZ, J. **O preço da desigualdade**. Lisboa: Bertrand, 2014.

STUCKLER, D.; BASU, S. **A economia desumana**: por que mata a austeridade. Portugal: Bizancio, 2014.