

**O PERFIL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE  
NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS**

**SÃO LUÍS  
JULHO – 2017**

**JAMESSON FERREIRA LEITE JUNIOR**

**O PERFIL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Dagolberto Calazans A. Pereira.

Coorientador: Prof. Dr. Humberto Oliveira Serra.

**SÃO LUÍS, MA**

**JULHO – 2017**

# O PERFIL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS

**JAMESSON FERREIRA LEITE JUNIOR**

Dissertação aprovada em 27 de setembro de 2017 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

**Banca examinadora:**

---

Prof. Dr. Dagoberto Calazans A. Pereira  
Orientador  
Universidade Ceuma

---

Prof. Dr. Humberto Oliveira Serra  
Coorientador  
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

---

Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha  
Examinador externo  
Faculdade Laboro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Nilza Lima Medeiros  
Examinadora interna  
Universidade Ceuma

Seja como a água. Quando você a coloca em uma xícara ela torna-se a xícara, quando você a coloca em uma garrafa ela torna-se a garrafa. Diante de um obstáculo ela o circunda. Seja como a água (BRUCE LEE).

## AGRADECIMENTOS

Fazer saúde é cultural, histórico e afetivo, por isso agradeço primeiramente à minha mãe, Ledjane de Lemos Ferreira Leite, que me ensinou fazendo e mostrando que não há saúde se não houver uma real dedicação ao outro, uma preocupação em fazer aquilo que é necessário para que o outro possa melhorar.

Em minha caminhada pude conhecer experiências diferentes e significativas do aprender, do avaliar e do melhorar. A minha grande referência na psicologia, Prof<sup>a</sup>. Dr. Nazaré Costa, que me mostrou que o “perfeito” simplesmente não é restrito à perfeição ou à completude. Mas sim uma caminhada, na qual construímos e nos dedicamos ao método.

Ao professor Dr. Dagolberto Calazans (“Dagol”), que sempre se dedica a conquistar a turma, a proporcionar experiências reflexivas, que não se vangloria de seu histórico, mas que se orgulha do sucesso dos seus alunos e amigos.

Ao professor Dr. Humberto Serra, que entre sorrisos e necessários “puxões” de orelha, ensinou que uma equipe pequena e compromissada é capaz de realizar grandes feitos. Ensinou-me e ensina a como superar distâncias e limites, sem às vezes ter que sair da cadeira, mas sempre me incentivando a ir mais longe.

À professora Dr<sup>a</sup>. Cristina Loyola, pelo desafio constante de pensar no coletivo, na integralidade, na pedagogia existente na gestão, na suavidade técnica do cuidar do outro. Ao possibilitar conhecer e trabalhar junto com uma grandiosa referência da educação, (Prof. Tião Rocha), tornando-se uma grande experiência muito valiosa em valorizar a desconstrução de conceitos e formas, tendo em vista a construção e elaboração de novas experiências e significados.

Ao professor Dr. Carlos Leonardo Cunha, por incentivar-me ainda na minha primeira Pós-graduação, em São Luís – MA, que na minha vida, na área acadêmica, poderia ser construída na Saúde Pública, e que dar aula não precisa ser um movimento único, no qual o conhecimento somente teria um sentido, daquele que ensina para aquele que deseja aprender.

À coordenadora do Departamento de Atenção à Saúde da Criança, Sr<sup>a</sup> Marielza Cruz, que tem a sensibilidade de musicar momentos nem sempre agradáveis, além de tornar em meta salvar e cuidar as crianças do seu Estado. Além da genialidade de encobrir sua experiência e perspicácia por meio de perguntas “bobas”, e de valorizar sua equipe, com suavidade e respeito.

À minha esposa, Mary Hellen Silva Ferreira, por acreditar em mim, até em momentos que eu não mais acreditei. Por incentivar-me, mostrando que desafios são feitos para serem superados. Minha companheira, de sorriso lindo, que me incentiva a ser melhor até mais do que eu posso acreditar.

LEITE JUNIOR, JAMESSON FERREIRA. **O PERFIL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS**, 2017. Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) - Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, 93p.

## RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) aproxima os serviços de saúde à população, agregando conhecimentos técnicos em saúde, além de habilidades sociais, por meio de acompanhamento às residências da sua área adstrita. A quantidade de usuários a serem acompanhados por ele é calculada a partir de dados populacionais, independente das suas condições físicas, de saúde e escolaridade para atendê-los. O objetivo geral desse estudo foi verificar o perfil do ACS no Município de São Luís - MA, Trata-se de um estudo descritivo. A coleta foi realizada em julho de 2016, no município de São Luís do Maranhão, com a classe de ACSs, contemplando 201 participantes selecionados a partir de sorteio do Cartão Nacional de Saúde (CNS). Para instrumento de coleta, foram utilizadas fichas do sistema e-SUS, como questionários autoaplicáveis. Os questionários foram entregues ao final dos treinamentos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Os dados foram analisados no programa STATA, Versão 12. Os resultados mostraram que: 188 (93,53%) são do sexo feminino; média de idade de 48 anos; 172 (86%) residem na zona urbana; 121 (60,20%) possuem escolaridade de nível médio; com tempo de moradia de 22,76 anos; 114 (56,72%) sem acesso à rede de coleta de esgoto; 89 (44,28%) acima do peso; 24,88% com hipertensão arterial e 8,46% com diabetes Mellitus. Conclui-se que diante dos resultados, as ações de saúde do trabalhador são importantes para esta categoria assim como a compreensão quanto às condições sociodemográficas e de saúde destes trabalhadores devem ser consideradas no processo de tomada de decisão quanto à gestão do trabalho e da produtividade. As contribuições deste trabalho para a gestão municipal de saúde na APS direcionam-se à valorização do conhecimento qualificado do servidor e como esta informação pode fundamentar o desenvolvimento de ações de qualificação e de saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Condições de saúde. Condições sociais.

LEITE JUNIOR, JAMESSON FERREIRA. **O PERFIL DO AGENTE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS**, 2017. Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) - Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, 73p.

## ABSTRACT

The Community Health Worker (CHW) brings the health services closer to the population, adding technical knowledge in health, as well as social skills, by means of monitoring the residences in their assigned area. The number of users to be followed by it is calculated from population data, regardless of their physical, health and schooling conditions to serve them. The general objective of this study was to verify the profile of CHW in the city of. This is a descriptive study. The collection was carried out in July 2016, in the city of São Luís do Maranhão, with the CHW class, comprising 201 participants selected from the draw of the National Health Card (NHC). For the collection instrument, e-SUS system sheets were used as self-administered questionnaires. The questionnaires were delivered at the end of the training sessions carried out by the Municipal Health Department. Data were analyzed in the STATA, Version 12 program. The results showed that: 188 (93.53%) are female; mean age of 48 years; 172 (86%) live in urban areas; 121 (60.20%) have high school education; with a dwell time of 22.76 years; 114 (56.72%) without access to the sewage collection network; 89 (44.28%) by weight; 24.88% with arterial hypertension and 8.46% with diabetes mellitus. It is concluded that in view of the results, workers' health actions are important for this category as well as the understanding of the sociodemographic and health conditions of these workers should be considered in the decision-making process regarding work management and productivity. The contributions of this work to the municipal health management in the Primary Health Care (PHC) are directed to the valorization of the qualified knowledge of the server and how this information can base the development of actions of qualification and health of the worker.

Keywords: Community Health Worker. Health Status. Social Conditions

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> - Mapa da distribuição de ACSs no Brasil, competência de março de 2017.....	14
<b>Figura 2</b> - Determinantes de saúde e doença.....	17
<b>Figura 3</b> - Níveis de análise ampliada para compreensão do processo saúde-doença.....	18
<b>Figura 4</b> - Nível de escolaridade e sexo dos ACSs de São Luís.....	23

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> - Resumo de Km <sup>2</sup> – Localidades – Prédios e Habitantes do Município de São Luís/Zonas Rural e Urbana por Distrito/Ano 2013.....	22
<b>Tabela 2</b> - Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Atenção Básica.....	23
<b>Tabela 3</b> - Metas e resultados do indicador Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família do município de São Luís, no período de 2013 a 2016.....	25
<b>Tabela 4</b> - Variáveis sociodemográficas, respostas e forma de preenchimento....	34
<b>Tabela 5</b> - Variáveis condições de moradia, respostas e forma de preenchimento.....	35
<b>Tabela 6</b> - Variáveis condições de saúde e forma de preenchimento.....	37
<b>Tabela 7</b> - Variáveis numéricas do perfil dos ACSs de São Luís.....	39
<b>Tabela 8</b> - Variáveis sociodemográficas dos ACSs de São Luís.....	41
<b>Tabela 9</b> - Condições de moradia dos ACSs de São Luís.....	42
<b>Tabela 10</b> Detalhamento das condições de moradia dos ACSs de São Luís.....	42
-	
<b>Tabela 11</b> Dados referentes às condições de saúde dos ACSs de São Luís.....	45
-	

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACE	Agente de Combate à Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento da Atenção Básica
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PIC	Prática Integrativa e Complementar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RET-SUS	Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SESP	Secretaria de Estado de Segurança Pública
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINDACS	Sindicato dos Agentes de Comunitários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF	Unidade da Federação

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	15
2.1	<b>Objetivo Geral</b> .....	15
2.2	<b>Objetivos Específicos</b> .....	15
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
3.1	<b>Atenção Primária</b> .....	16
3.2	<b>APS no Brasil</b> .....	19
3.3	<b>APS em São Luís</b> .....	21
3.4	<b>Experiências internacionais com Agentes Comunitários de Saúde</b> ....	27
3.5	<b>Agentes Comunitários de Saúde: uma experiência de sucesso no Brasil</b> .....	28
4	<b>MATERIAL E MÉTODO</b> .....	33
4.1	<b>Tipo de Estudo</b> .....	33
4.2	<b>Local e Período de Estudo</b> .....	33
4.3	<b>População do Estudo</b> .....	33
4.3.1	<u>Critérios de inclusão</u> .....	33
4.3.2	<u>Critérios de exclusão</u> .....	33
4.3.3	<u>Amostra</u> .....	33
4.4	<b>Coleta de Dados</b> .....	34
4.5	<b>Aspectos éticos</b> .....	34
4.6	<b>Variáveis de Estudo</b> .....	34
4.6.1	<u>Variáveis sociodemográficas</u> .....	35
4.6.2	<u>Variáveis de condições de moradia</u> .....	37
4.6.3	<u>Variáveis de condições de saúde</u> .....	38
4.7	<b>Análise dos Dados</b> .....	39
5	<b>RESULTADOS</b> .....	39
5.1	<b>Dados sociodemográficos</b> .....	39
5.2	<b>Condições de moradia</b> .....	42
5.3	<b>Condições de saúde</b> .....	44
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	48
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	53
8	<b>RECOMENDAÇÕES À GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE</b> .....	58
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	61

<b>APÊNDICE A</b> - Cadastro domiciliar.....	68
<b>APÊNDICE B</b> - Cadastro individual.....	69
<b>APÊNDICE C</b> - Questionário Auto Referido de Condições/Situação de Saúde.....	70
<b>APÊNDICE D</b> - Artigo submetido na Revista Panamericana de Salud Publica .....	71
<b>ANEXO A</b> - Termo de Consentimento livre e Esclarecido – TCLE.....	87
<b>ANEXO B</b> - Guia de Distritos – São Luís.....	89
<b>ANEXO C</b> - Parecer Consubstanciado do CEP.....	92
<b>ANEXO D</b> – COMPROVANTE DE SUBISSÃO DO ARTIGO.....	95

## 1 INTRODUÇÃO

O acesso universal à saúde foi uma das temáticas principais da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no ano de 1978, favorecendo a valorização da Atenção Primária à Saúde (APS) e a adoção da estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), como formas de ampliação do acesso aos serviços de saúde, com destaque para as zonas rurais e locais de fragilidade social (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

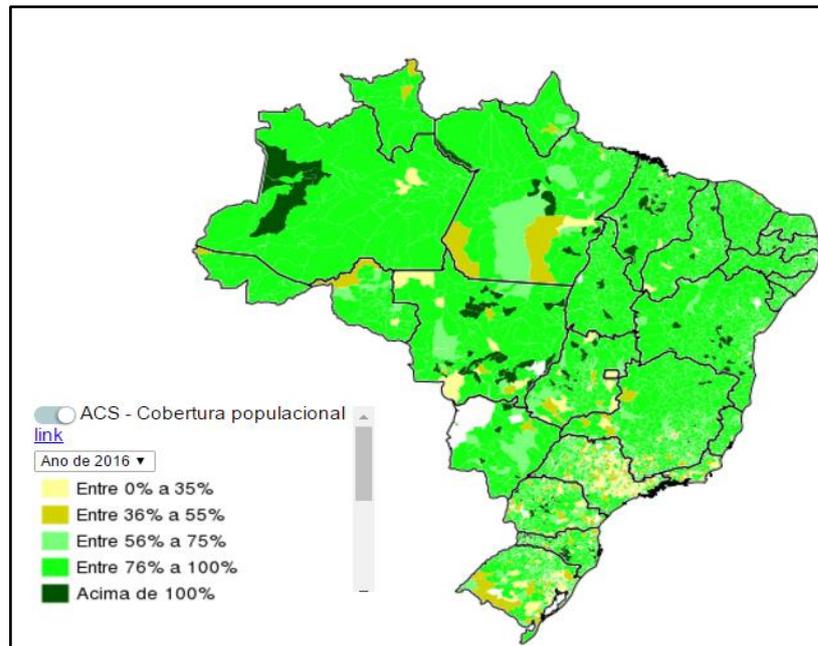
A experiência do Brasil é apresentada como um caso de sucesso da década de 90, inicialmente na região nordeste, que recebeu influência direta de uma experiência anterior à de 1987, das visitadoras sanitárias da Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP). Vale destacar que os resultados desse profissional são fortalecidos por outros profissionais que compõem as equipes de saúde, responsáveis por fornecerem serviços à população de um determinado território (PERRY, 2013, p. 4).

O Relatório Mundial de Saúde reconhece a Estratégia de Saúde da Família (ESF), juntamente com o ACS, como forma de garantir acesso universal para as famílias, além de uma das experiências que promove o que foi preconizado pela Declaração de Alma-Ata (OMS, 2008, p. 27). Este é o profissional mais numeroso na APS no Brasil, com 259.374 ACSs atuando em 5.406 municípios, proporcionando 61,77% em cobertura populacional, distribuídos em 40.510 ESFs, que são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACSs, sendo que cada ESF pode conter até 12 ACSs, e cada um pode acompanhar até 750 pessoas (BRASIL, 2012, p. 48).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a oficialização do ACS foi resultante do lançamento do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), em 1994, através da Portaria nº 692, de 25 de março de 1994, com 28.098 ACSs em todo o país (879 municípios), e no Maranhão com 2.517 ACSs em 58 municípios atendidos (BRASIL, 1994, p. 1). Desde a Criação do PACS, até o ano 2000, a região nordeste apresentou maior percentual destes profissionais atuando na APS (SOUZA, 2000, p. 7).

Atualmente, as regiões norte e nordeste apresentam cobertura de ACSs entre 76% a 100%, sendo que as regiões que possuem menor cobertura são as regiões sul e sudeste, conforme Figura 1.

**Figura 1** - Mapa da distribuição de ACSs no Brasil, competência de março de 2017



**Fonte:** Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (2017, não paginado).

No município de São Luís, capital do estado do Maranhão, em 2016, com 1.082.935 habitantes, apresenta cobertura de 42,96% em atenção básica, 36% em saúde da família, com 108 equipes de saúde e 42,57% em cobertura de ACS (797 ACSs). Considerando a possibilidade de ampliação de equipes de acordo com a população do município, pode-se expandir o número de ACSs até 2.661, para obter o alcance 100% de cobertura, revelando um déficit de 1.864 ACSs, mais que o dobro do total atual (BRASIL, 2017c).

No que se refere às atividades desenvolvidas por este profissional, são necessários não só conhecimentos técnicos sobre o processo de saúde-doença, como também habilidades interpessoais e saberes culturais, que o permitam agir não só como um interlocutor, mas também como um tradutor e articulador entre as equipes de saúde, atendendo às demandas e anseios da comunidade atendida (NUNES et al., 2002, p. 1640).

Os desafios apresentados aos ACSs são variados, e conhecer o perfil sociodemográfico e epidemiológico desse profissional é muito importante para que se possa programar melhor as ações de saúde por eles desenvolvidas. Porém, para que isso ocorra, faz-se necessário, por exemplo, uma melhor distribuição geográfica, priorizando os mais jovens, sem patologias crônico-degenerativas e com melhor escolaridade para áreas mais complexas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Verificar o perfil do ACS no município de São Luís, capital do Maranhão.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população de estudo
- Caracterizar o perfil epidemiológico;
- Conhecer as condições de moradia dos participantes da pesquisa;
- Identificar as condições de saúde (hábitos de vida e doenças prevalentes) na população de estudo.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Atenção Primária

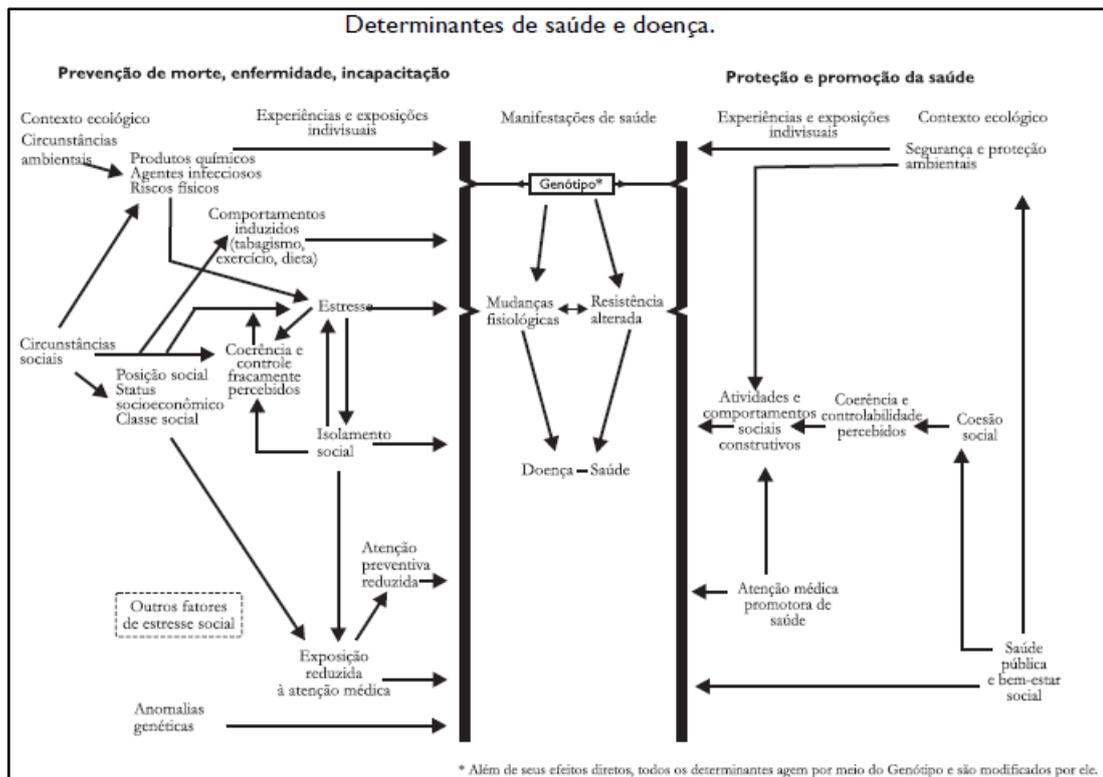
A definição de APS é compreendida como uma estratégia de cuidado, marcada pela prevenção e promoção à saúde, na qual o sujeito deve ser compreendido em sua integralidade, levando em consideração o contexto no qual está inserido, como foi declarado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (1978), promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Os cuidados primários de saúde 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 automedicação (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, não paginado).

A importância do contexto no qual o sujeito está inserido é fundamental para a ampliação de uma visão de saúde, e também implica numa corresponsabilização dos governos pelas condições de saúde das populações, o que já era sinalizado pela OMS desde 1953, ao reconhecer que os problemas de saúde estavam relacionados à pobreza e às vulnerabilidades sociais inerentes a esta condição social (RIBEIRO, 2007, p. 3).

A partir destas considerações sobre a APS, compreende-se que não há como construir um processo de unificação das ações em saúde, na medida em que há uma diversidade de contextos socioeconômicos, geográficos e culturais. Ou seja, existe a tendência de personalização na forma de trabalho da APS em diferentes países, estados, cidades e equipes de saúde, por isso a APS se apresenta de forma variada e heterogênea (AGUIAR, 2003, p. 17). A valorização das condições sociais e da mudança no foco das equipes de saúde é uma das orientações da APS, assim como a priorização dos serviços de prevenção e promoção da saúde como estratégias de atuação na comunidade (STARFIELD, 2002, p. 23).

A Figura 2, a seguir, apresenta a compreensão dos determinantes de saúde e a relação das ações de prevenção e promoção de saúde, juntamente com as manifestações de saúde.

**Figura 2 - Determinantes de saúde e doença**

**Fonte:** Starfield (2002, p. 24, adaptado de STARFIELD, 1990).

Diante da compreensão da relação dos efeitos dos determinantes sociais na saúde, surge uma segunda característica da APS, que é o foco na coletividade, mudando a estratégia do cuidado somente direcionado às doenças e procedimentos na dimensão individual (STARFIELD, 2002, p. 28).

Os atributos da APS apresentados por Starfield (2002, p. 50) são caracterizados da seguinte forma:

a) Acesso: garantir o acesso aos serviços de saúde, funcionando como uma porta de entrada aos cuidados primários de saúde;

b) Integralidade: compreender que o indivíduo deve ser visto de forma integral, e considerar os fatores sociais e coletivos envolvidos no binômio saúde-doença;

c) Coordenação do cuidado: as ações em saúde devem ser planejadas, considerando-se as possibilidades e necessidades da comunidade;

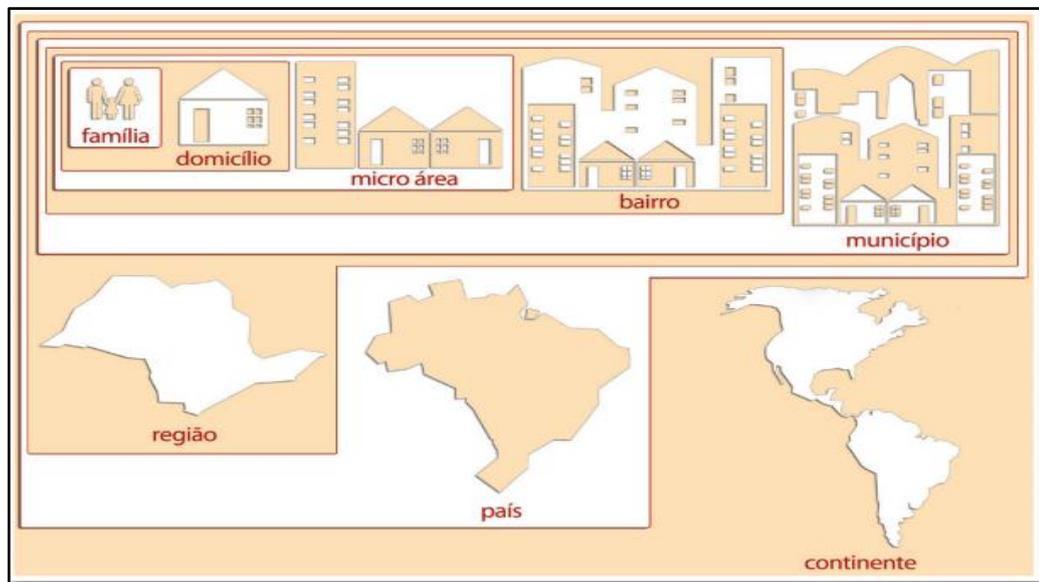
d) Longitudinalidade do cuidado: a interação com a pessoa atendida deve ser baseada na construção de um vínculo que permita e qualifique a adesão ao tratamento e as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.

Estes atributos são considerados como eixos estruturantes que norteiam a organização dos serviços de APS, apresentando-se como uma proposta de

reorganização de uma prática clínico-assistencial. Outros atributos também são apresentados e denominados de derivados: a) orientação familiar e comunitária: admite que o foco das ações é a família; b) competência cultural: considerando o sujeito e sua família no contexto físico e sócio-cultural onde vivem (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 159; REICHERT et al., 2016, p. 120).

A compreensão ampliada do processo de saúde-adoecimento na APS requer a capacidade técnica de considerar não somente os fatores orgânicos, mas envolver a dimensão coletiva, atendendo aos atributos citados anteriormente, conforme demonstra a Figura 3 a seguir.

**Figura 3** - Níveis de análise ampliada para compreensão do processo saúde-doença



Fonte: Demarzo (2011, p. 9).

No que se refere à responsabilidade de funcionalidade da APS, Marc Lauand, na década de 70, constatou que 80% das causas das doenças estão relacionadas a estilos de vida e ambiente. Desta forma, políticas públicas deveriam agir no controle do ambiente, assim como no comportamento dos sujeitos, por meio de ações de prevenção e promoção de saúde, proporcionando uma proteção ao indivíduo (DEMARZO, 2011, p. 13).

### 3.2 APS no Brasil

No Brasil, o surgimento de um sistema único de saúde com acesso universal e gratuito a serviços de saúde, foi resultante de movimentos sociais, sindicais e discussões direcionadas à necessidade da mudança do modelo de cuidado (QUEIRÓS; LIMA, 2012).

A definição de saúde como direito ocorreu no final da década de 80, e o surgimento de uma saúde como sistema foi oficializado no início da década de 90, mas sem mencionar a APS nas ações desenvolvidas por este sistema (BRASIL, 1988, 1990).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, em Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, na Resolução Nº 258, de 07 de janeiro de 1991, e NOB/93 no MS, Portaria Nº 545, de 20 de maio de 1993, oficializaram a descentralização dos serviços de saúde para estados e municípios, ou seja, as regras do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) foram organizadas a partir de uma divisão de responsabilidades, com orientações para repasses de recursos e controle dos resultados por sistemas de informação em saúde (AGUIAR, 2003, p. 101).

Nesta organização dos serviços de saúde e das esferas de gestão, o termo “Atenção Básica” surge como nível de gestão em saúde, sendo uma das responsabilidades dos municípios, mas sem apresentar uma definição. Ainda nesta norma, foi oficializado o incentivo para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (BRASIL, 1996, p. 20).

É reconhecido que, no período 1991 a 1996, o sistema de saúde brasileiro avançou quanto à organização dos serviços, mediante desenvolvimento e estruturação dos serviços e gestão nos âmbitos estaduais e municipais. Dentre estes serviços, tem-se a Atenção Básica em Saúde (ABS) como responsabilidade dos municípios, dentro de um complexo universo do SUS (SCATENA; TANAKA, 2001, p. 67).

Somente em 2006 foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), contendo uma definição e com princípios: universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

O reconhecimento da APS como equivalente à atenção básica só ocorreu em 2011, com o lançamento da segunda versão da Atenção Básica, apresentando uma redefinição do conceito de Atenção Básica:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

No Brasil, a tradução da proposta de ABS é apresentada com outra de ampliação do acesso universal aos serviços de saúde, não somente direcionada a comunidades sob vulnerabilidades sociais, carregando, também, a responsabilidade de ser a ordenadora de um sistema único de saúde. Na medida em que é atribuído à meta de apresentar elevada resolutividade e somente gerar encaminhamentos necessários para níveis de maior complexidade, para continuidade do atendimento à população (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 120).

A organização de serviços pertencentes a um sistema que obedece características regionais e são organizados por linhas de cuidado, colocando a atenção básica como porta de entrada, é inaugurada na PNAB, como segue em Brasil (2012, p. 26), ao apresentar o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS): arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

De acordo com Mendes (2011, p. 98), a proposta de RASs somente pode ser funcional se estiver pautada em serviços resolutivos em atenção básica, na medida em que o fluxo de usuários no sistema possa ser ordenado a partir do diagnóstico e acompanhamentos realizados neste nível. Desta forma, além da função “filtro”, possui também o foco no perfil da comunidade e na redução de casos que requeiram maior internação de portadores de doenças crônicas. Para que estas responsabilidades possam ser devidamente atendidas, a maior proposta é a ação contínua das equipes de saúde da família e ACSs, proporcionando acompanhamento, prevenção e promoção de saúde das comunidades atendidas.

É reconhecido que no Brasil, a APS reconhecida como ABS pelo MS, passou por diversas etapas, recebendo também diversas influências de modelos anteriores e de experiências internacionais. Sendo que, no processo de oficialização da

proposta de ACSs e, posteriormente, do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente ESF, apresenta um processo de consolidação e de adensamento tecnológico, marcado também pela expansão destes serviços em território nacional (MENDES, 2013, p. 113).

No entanto, torna-se necessário destacar que o aumento dos serviços e de cobertura de equipes não pode traduzir-se somente no aumento de consultas (médicas e de enfermagem), e de visitas domiciliares (realizadas pelos ACSs), se não for observado que o perfil epidemiológico da população atendida vem apresentando mudanças, sendo observada uma predominância das doenças crônicas de saúde. Desta forma, tem-se um cenário diferencial do início dos serviços de atenção primária no Brasil, no qual há condições agudas de saúde, e que promoviam aumento das taxas de mortalidade, dentre elas a mortalidade infantil (MENDES, 2013, p. 257).

Diante deste novo perfil epidemiológico, apresenta-se uma necessidade de investimento na atenção primária não somente no diagnóstico, mas também em investimentos em infraestrutura de serviços de diagnóstico, assim como de funcionamento e de formação de seus profissionais de saúde, para que se torne possível atender a esta clientela de forma adequada e resolutive, tornando-se efetivamente ordenadora das RASs (MENDES, 2013, p. 363; BRASIL, 2013, p.14).

### **3.3 APS em São Luís**

O município de São Luís, capital do Maranhão, é o mais populoso do Estado com 1.082.935 habitantes, e densidade demográfica de 1309 hab./km<sup>2</sup>, sendo que 8,58% da população tem acesso a planos de saúde particulares (BRASIL, 2017b).

A população ludovicense possui o maior acesso aos serviços de saúde por meio das unidades básicas de saúde, distribuídas administrativamente em sete distritos sanitários (PMS/SMS, 2014), que são: Centro, Itaqui-Bacanga, Coroadinho, Cohab, Bequimão, Tirirical e Vila Esperança, sendo apenas o distrito Centro localizado em área exclusivamente urbana, pois todos os outros distritos possuem zona urbana e rural.

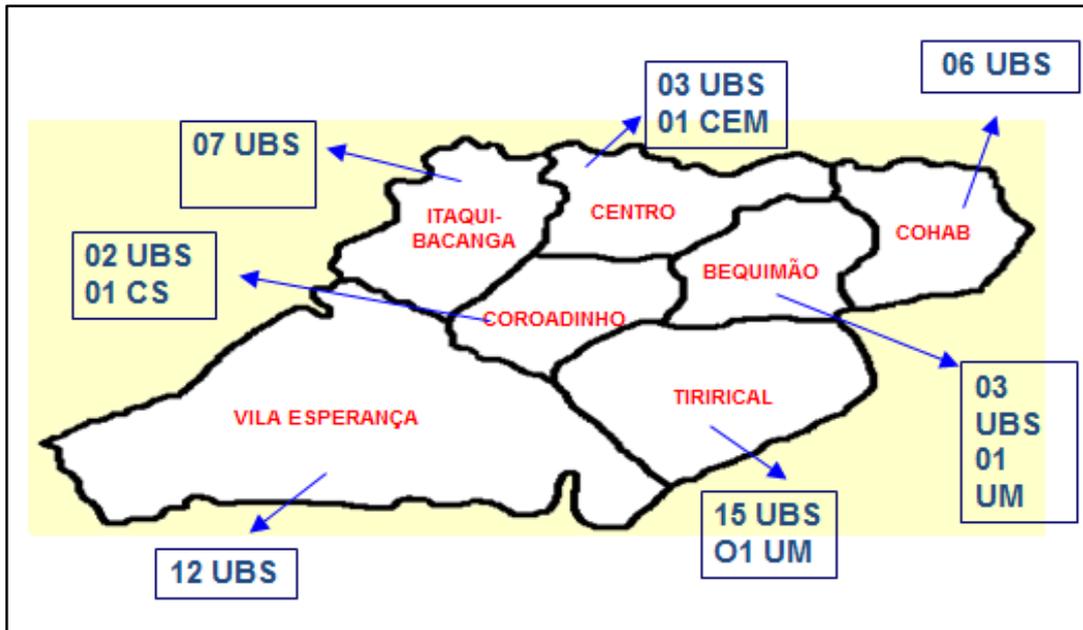
**Tabela 1 - Resumo de Km<sup>2</sup> – Localidades – Prédios e Habitantes do Município de São Luís/Zonas Rural e Urbana por Distrito/Ano 2013**

Zona Urbana	Km <sup>2</sup>	Loc.	Prédios	%	Hab.	%
Dist. 01 – Centro	43	20	31.947	10	85.570	10,04
Dist. 02 – Itaqui-Bacanga	36	17	29.222	9	78.273	9,19
Dist. 03 – Coroadinho	77	36	48.847	15	130.837	15,35
Dist. 04 – Cohab	107	50	70.531	22	188.917	22,17
Dist. 05 – Bequimão	103	48	66.103	21	177.057	20,78
Dist. 06 – Tirirical	95	44	68.519	22	183.528	21,54
Dist. 07 – Vila Esperança	04	02	2.964	1	7.939	0,93
<b>Total</b>	465	217	318.133	100	852.121	100
Zona Rural	Km <sup>2</sup>	Loc.	Prédios		Hab.	
Dist. 01 – Centro	--	--	--	-	--	-
Dist. 02 – Itaqui-Bacanga	97	45	16.396	23	43.917	23
Dist. 03 – Coroadinho	19	09	311	0,6	833	0,44
Dist. 04 – Cohab	11	05	3.239	5	8.675	5
Dist. 05 – Bequimão	02	01	224	0,4	600	0,32
Dist. 06 – Tirirical	52	24	21.392	30	57.301	30
Dist. 07 – Vila Esperança	182	83	29.023	41	77.749	41,12
<b>Total</b>	363	167	70.585	100	189.075	100

**Fonte:** Plano municipal de Saúde de São Luís – 2014 a 2017 - (PMS/SMS, 2014).

De acordo com a tabela, observa-se que, no que se refere ao detalhamento quanto ao percentual de números de habitantes por localidade em área urbana, o distrito Centro corresponde a 10,4%, já a Cohab 22,17%, Tirirical 21,54% e Bequimão 20,78%. Na zona rural, os distritos mais populosos são: Vila Esperança 41,12%, Tirirical 30% e Itaqui - Bacanga 23%.

**Figura 4 - Distribuição das Unidades de Saúde por Distrito Sanitário São Luís – 2017**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (2017) (PMS/SMS, 2017).

De acordo com o Departamento de atenção básica do Ministério da Saúde, em nota técnica, o município de São Luís apresenta cobertura de atenção básica de 42,96% contemplando serviços de Equipes de Saúde da família (36%), Equipes de Saúde Bucal (12,74%), Agentes Comunitários de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Equipe de Consultório na Rua (tabela 02).

**Tabela 2 - Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Atenção Básica**

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado	COBERTURA POPULACIONAL
eSF	520	338	107	36,00%
ACS	2.661	1.200	771	-
ESB	520	54	40	12,74%

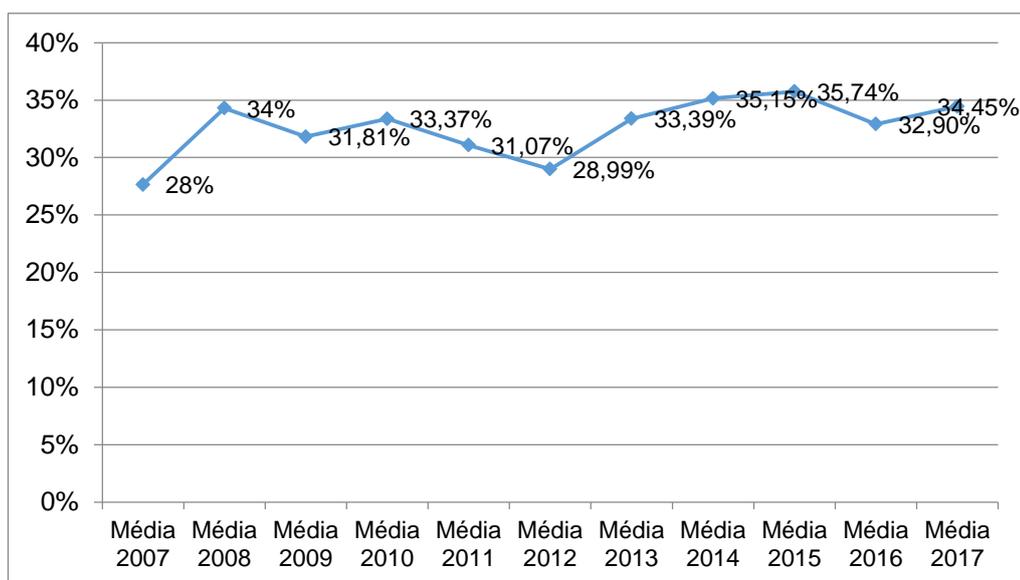
Fonte: Nota técnica da Atenção Básica – Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde – competência: Julho de 2017.

Devido aos percentuais apresentados quanto à cobertura populacional das equipes de saúde na atenção básica, todos inferiores a 40%, torna-se estratégico o

detalhamento da série histórica da cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A partir da série histórica apresentada pelo portal Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, no período de agosto de 2007 a julho de 2017, foi possível calcular a média de cobertura populacional a cada ano, na qual se observa pequenas variações. Contudo, neste período analisado não foi possível observar cobertura populacional superior a 36%, apresentando de forma consistente um déficit de cobertura média de 64% da população ludovicense sem cobertura do Agente Comunitário.

**Gráfico 1** - Média anual da cobertura populacional dos Agentes Comunitários de Saúde do município de São Luís no período de 2007 a 2017



Fonte: SAGE (2017).

No mês de julho de 2016, período da realização da pesquisa, constavam registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – um total de **856** Agentes Comunitários de Saúde no município de São Luís. Diante do cenário apresentado no que se refere ao acesso à atenção básica, a cobertura populacional do ACS pode vir a apresentar resultados limitados nos indicadores de saúde diante do percentual da área descoberta e das variações de contexto e infraestrutura nos distritos sanitários.

Conforme tabela 3, o indicador de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família, no qual o ACS possui importante função na localização das famílias beneficiadas, verifica-se que no período de 2013 a 2016, o município de São Luís somente atingiu a meta no ano de 2014 (40,17%) (BRASIL, 2016).

**Tabela 3** - Metas e resultados do indicador cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família do município de São Luís, no período de 2013 a 2016

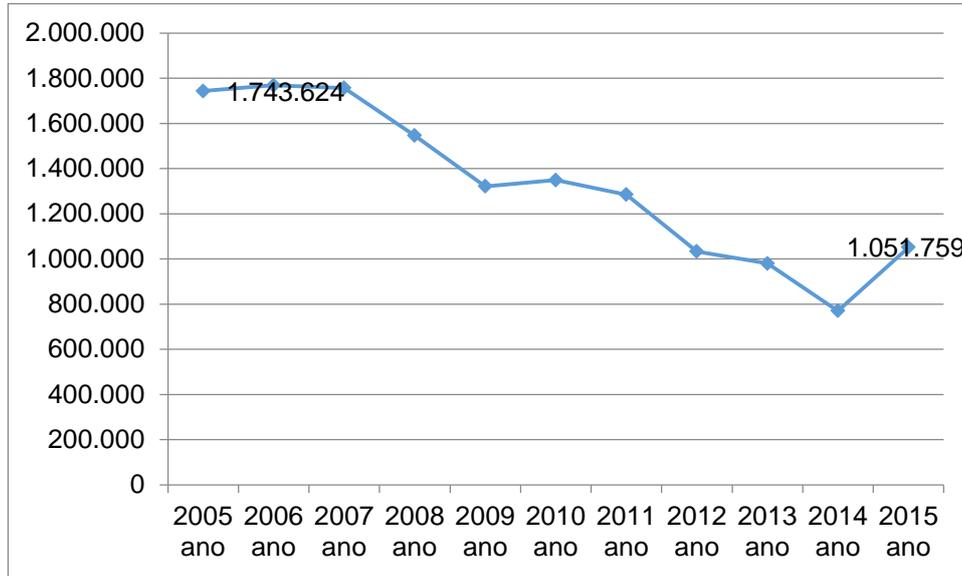
Indicador:	2013		2014		2015		2016	
	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família.	38	37,23	40	40,17	40,17	29,07	38	35,81

**Fonte:** Relatórios Anuais de Gestão do Município de São Luís no período de 2013 a 2016 (PMS/SMS – 2013, 2014, 2015, 2016)

Importante salientar que para o sucesso deste indicador torna-se básico o aumento da cobertura populacional, tanto das equipes de saúde da família quanto dos agentes comunitários de saúde, haja vista que por direito, os beneficiários do Programa Bolsa Família não estão condicionados à área de cobertura destes serviços, mas sim à sua condição social, conforme orientação do Ministério da Saúde. No entanto, conforme informações anteriores, não houve ampliação do número de ACS, impossibilitando o sucesso neste indicador.

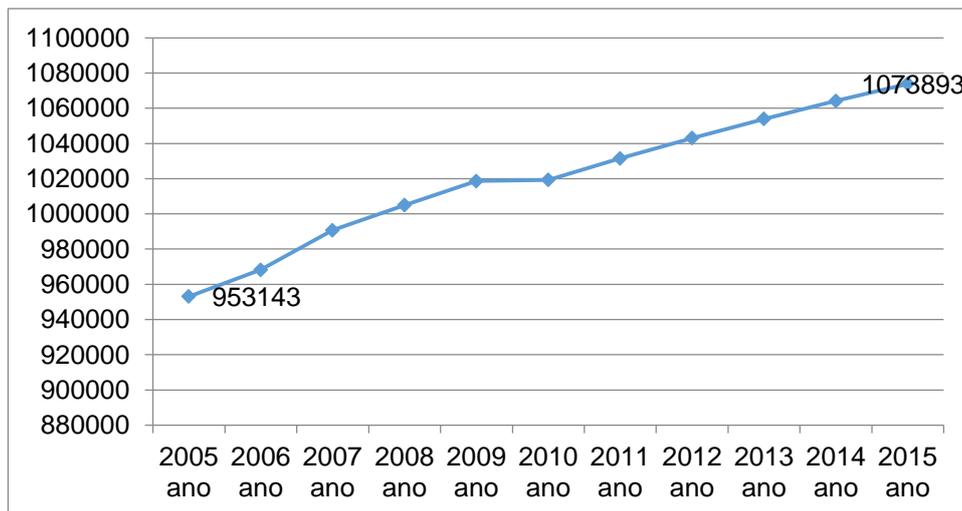
No que se refere ao acompanhamento das famílias cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde nas áreas adscritas (microáreas), no período de 2005 a 2015, observa-se uma tendência no volume de famílias acompanhadas, sendo que a diferença entre os resultados entre os anos de 2005 e 2015 foi de 39,7%, no entanto, no mesmo período, a população do município de São Luís passou de 953.143 habitantes em 2005, para 1.073.893 habitantes, apresentando um crescimento de 11,24% (SAGE, 2017).

**Gráfico 2 - Total de famílias acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no município de São Luís, no período de 2005 a 2015**



**Fonte:** Relatório de Famílias Acompanhadas por ano segundo município, sistema SIAB – DATASUS – MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL, 2017a).

**Gráfico 3 - População Residente no município de São Luís, no período de 2005 a 2015**



**Fonte:** População residente - estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2015 – Brasil (BRASIL, 2017a).

De acordo com os gráficos 2 e 3, observa-se que a diferença entre o crescimento populacional do Município de São Luís e a redução do número de famílias acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde, pode vir a dificultar a

qualidade dos serviços deste profissional, diante das atribuições apresentadas pela Política Nacional de Atenção Básica, sinalizando para a necessidade do investimento na cobertura das equipes (MALTA et al., 2013).

### **3.4 Experiências internacionais com Agentes Comunitários de Saúde**

O Brasil não é pioneiro na estratégia de ACS. De acordo com Perry (2013, p. 2), uma experiência de capacitar pessoas da comunidade, para agirem como ajudantes de paramédicos, teve início na Rússia, ao final de 1800.

Um segundo exemplo importante a se apresentar é o de Ding Xian Experiment, na China, na década de 1920, no qual investimentos da Fundação Rockefeller, tanto na educação quanto na saúde, tiveram como objetivos a alfabetização de adultos, aumento da cobertura vacinal, melhoria dos registros de nascimentos e mortes, e realizar ações de educação em saúde para moradores de áreas rurais. Estas capacitações oferecidas aos moradores foram conhecidas como “Farmer Scholares”, o que poderia ser compreendido como estudantes rurais que, posteriormente, foram conhecidos como “Barefoot Doctors” (Médicos de Pés Descalços), na década de 1970, totalizando, aproximadamente, 800 milhões de pessoas com esta formação de saúde.

Essas foram duas experiências marcadas pelo investimento em pessoas da comunidade como estratégia de ampliação do acesso à saúde, alinhando conhecimento técnico e parceria entre profissionais e representantes da comunidade.

De acordo com a pesquisa realizada por Prasad et al., (2007, p. 3), referente à diversidade dos programas de ACSs em diferentes países, períodos de criação e funcionamento, verificou-se algumas características similares destes públicos, tais como: a) ser do sexo feminino; b) serem submetidos a processos de seleção; c) vínculos de trabalho com o governo; d) nível de escolaridade primária, tendo de 08 a 10 anos de estudo; e) recebem treinamento para suas atividades; f) trabalham com populações e áreas cobertas; g) realizam registros das suas atividades.

A OMS (2008, p. 88), no Relatório Mundial de Saúde, intitulado “Atenção Primária em Saúde - agora mais do que nunca”, lançada em comemoração aos 30 anos da Declaração de Alma-Ata em Atenção Primária em Saúde (1978), reconhece e valoriza a estratégia de ACSs, tendo como objetivo a expansão do acesso à saúde

e destacando as “competências culturais” destes cuidadores não profissionais. Sendo que, um dos impactos verificados nos países que investem em APS é a redução da mortalidade infantil, levando em consideração que são necessários investimentos e mudanças que possam gerar impacto em reformas nas seguintes áreas: da cobertura universal, à prestação de serviços, de liderança e de políticas públicas.

Ainda em defesa do acesso universal aos sistemas de saúdes, no Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2008, p. 58), é apresentado o caso de países com grandes desigualdades sociais e com reduzido acesso aos serviços de saúde, com destaque na zona rural, onde existiam até aquele ano aproximadamente 30.000 pessoas com baixa qualificação técnica para cuidados em saúde, mas como foco das suas atividades e ações de prevenção e cuidados primários, proporcionando acesso a grande quantidade de pessoas.

Outro exemplo apresentado no relatório é o caso da República do Iran, na década de 70, que criou as casas de saúde, compostas por médico, enfermeira, parteira e “trabalhadores de saúde funcionais”, ou seja, pessoas da comunidade que recebiam treinamento de 12 a 18 meses de formação de saúde. Ao longo deste investimento em APS, o IRAN conseguiu proporcionar cobertura de 90%, com destaque na zona rural, reduzindo a diferença do acesso entre zona rural e zona urbana.

Pesquisas demonstradas em Deepening Health Reform In China (2016, p. 1), que apresentam a China como um dos pioneiros na APS e na experiência com os ACSs, juntamente com os investimentos em diferentes áreas, proporcionou um aumento da expectativa de vida, sendo que uma criança nascida em 2016 apresenta expectativa de vida de mais 30 anos a uma criança do século passado. Compreende-se, desta forma, o impacto desta estratégia de cuidado em saúde, desde que combinada com investimentos em políticas públicas de saúde.

### **3.5 Agentes Comunitários de Saúde: uma experiência de sucesso no Brasil**

A saúde, enquanto direito no Brasil, surgiu em 1988, na perspectiva de um acesso universal a cuidados de saúde, surgiu num processo de movimentos sociais e de um processo político delicado, saindo de processo de ditadura para um regime democrático de governo. Sendo que o histórico das ações de saúde foi marcado por

ações de vigilância sanitária e de atendimentos hospitalares, em 1986, a Conferência Nacional de Saúde foi fundamental para o fortalecimento da proposta de um sistema de saúde universal e gratuito (PERRY, 2013, p. 4).

Deste histórico marcado por uma herança sanitária, destaca-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (1942 a 1960), quando foi transformada em Fundação SESP, no qual o foco era a Educação em Saúde, e as ações na comunidade eram executadas pelo guarda sanitário e pelo visitador sanitário, sendo que o papel do visitador social era destinado a jovens mulheres das comunidades treinadas, para realizar educação sanitária, as quais receberiam treinamento técnico de 6 meses; enquanto que os guardas sanitários eram destinados a homens para enfatizar o abastecimento de água potável e segura. Desta forma, o que se almejava era a alteração no repertório comportamental dos usuários, uma higienização (TEIXEIRA, 2008).

De acordo com Faria et al (2006, p. 175), o primeiro curso de Educação Sanitária, foi realizado em 1925, pelo Instituto de Higiene de São Paulo, tendo como público-alvo mulheres da comunidade, o qual foi justificado mediante reduzida oferta de profissionais de enfermagem para esta atividade.

Outra experiência de interação com a comunidade foi a criação do Agente de Combate à Endemias (ACE), que teve sua origem no combate à epidemia de dengue no Rio de Janeiro nos anos de 1988 e 1989, ainda regidos por contratos temporários e compondo as equipes da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), tendo como objetivo principal o controle de vetores (GUIDA et al, 2012, p. 859).

Os ACSs têm seu início de atuação da década de 1990, e legitimação em 1994, com a lei portaria GM/MS 692, de 25 de março de 1994 (BRASIL, 1994, p. 1). Sendo que o detalhamento das atividades e o reconhecimento como categoria profissional ocorreu na lei nº 11350/2006, ao apresentar critérios mais detalhados para sua atuação, como: residir na área e ter ensino fundamental completo, em Brasil (2006b), tendo o detalhamento de suas atividades tanto na Portaria 648, do Ministério da Saúde, em Brasil (2006a), e depois revogada pela Portaria 2.488, Brasil (2011) PNAB, a qual apresenta as suas atribuições junto ao território acompanhado e à equipe (BRASIL, 2012, p. 48).

A caminhada realizada no Brasil rumo à construção de serviços de saúde mais próximos às necessidades e características dos usuários tem seu início na década de 90, com o PSF, que possuía como uma das suas maiores estratégias o

conhecimento/vínculo com a comunidade, e para facilitar e fortalecer este elo foi elaborada a figura do ACS, que deveria morar na comunidade e exercer figura de liderança, e facilitar o diálogo entre os usuários e os serviços de saúde, tendo sua missão inicial o combate à epidemia da cólera (SAKATA, 2009, p. 31).

Vale destacar que a aproximação da comunidade não é característica somente delegada à ABS. A vigilância epidemiológica tem como funções básicas: coleta, processamento e análise de dados processados com a interpretação dos mesmos, para elaborar recomendação de medidas de prevenção; divulgação de informações pertinentes, entre outras (BRASIL, 2009b, p. 18).

O ACS tem como responsabilidade apresentar o SUS a comunidade, por meio de uma linguagem acessível e de serviços que são realizados no território, na rua e na residência, fortalecendo o direito de acesso universal e gratuito ao SUS, ampliando, assim, o potencial de resolutividade da ESF (LANZONI et al, 2013, p. 440).

No de ano de 2006, com o lançamento da PNAB, com descrição clara do trabalho da equipe de saúde, integrando o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família com o ACS, contendo as ações de vigilância epidemiológica, ainda neste ano foi lançada a Portaria nº 11.350, regulamentando o processo do ACS, e apresentando uma descrição clara dos processos de trabalho. A PNAB foi atualizada em 2011, apresentando uma linguagem clara, com atribuições de cada membro da equipe de saúde, dos quais ao ACS compete:

- I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;
- VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2011, não paginado).

No tocante à área adscrita, ainda conforme a PNAB, o número máximo de pessoas acompanhadas por um ACS não pode ultrapassar uma população de 750 pessoas.

Partindo das atribuições apresentadas, surge a discussão quanto à formação e as competências destes ACSs, para que estes tenham o êxito esperado em suas atividades, contemplando não somente conhecimentos biomédicos sobre o processo saúde-doença, mas também o desenvolvimento de competências, habilidades e saberes sociais que facilitem a interação com as famílias acompanhadas. Porém, é comum que se apresentem demandas sociais, visto que é frequente que as famílias acompanhadas estejam em quadro de carências e precariedades.

Desta forma, o ACS além de cuidador e educador, também assume um papel de “tradutor” entre os conhecimentos técnicos de saúde de sua equipe e a comunidade atendida. Esta multiplicidade de atividades e atribuições possibilitam que haja uma maior “porosidade” entre ele e os demais habitantes da comunidade (NUNES et al., 2002, p. 1640).

Desta forma, o sucesso de suas ações da ESF é dependente da qualidade do vínculo entre os profissionais e a comunidade, e recai sobre o ACS o papel de elo com as famílias acompanhadas. Baseada nesta compreensão, a formação deste profissional não pode ficar restrita somente às questões biológicas, na medida em que a percepção do ambiente e da cultura local durante a sua inserção na comunidade, produz exigências que podem extrapolar as possibilidades de resolutividade, sendo um fator indicado na equipe, o que requer constante investimento na sua profissionalização (JORGE et al., 2007, p. 06).

Partindo do reconhecimento sobre a multiplicidade de atividades atribuídas aos ACS, e da responsabilidade diante do funcionamento das equipes de saúde, pesquisadores avaliaram características referentes ao perfil do ACS. As principais semelhanças encontradas foram:

a) Sexo feminino (PRASAD et al., 2007, p. 3; SANTOS et al., 2011, p.1025; SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011; GUIMARÃES, 2014, p. 45);

b) Escolaridade nível médio (PRASAD et al., 2007, p. 3; SANTOS et al., 2011, p.1025);

c) Formação dos ACSs: (PRASAD et al., 2007, p. 3; SANTOS et al., 2011, p.1025; SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011).

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo observacional e descritivo.

### **4.2 Local e Período de Estudo**

Esta pesquisa foi realizada nas UBSs dos sete distritos de Saúde de São Luís, capital do estado do Maranhão, criado em 1612, com população de 1.082.935, 5,89 % da população em extrema pobreza, 27,77% da população com plano de saúde (BRASIL, 2017). Este município possui área de 834.785 Km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 1.215,69 hab/km<sup>2</sup>, localizado ao norte do estado, faz fronteira com os municípios de Paço do Lumiar, Raposa e São José de Ribamar (PMS/SMS, 2014. BRASIL, 2017). Os dados foram coletados no período de janeiro a dezembro de 2016.

### **4.3 População do Estudo**

ACSs registrados no CNES e atuantes no município de São Luís. Em Julho de 2017, sendo o maior público de profissionais de saúde da Atenção Básica, totalizando 771 ACS, conforme Nota Técnica da Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

#### **4.3.1 Critérios de inclusão**

Entrevistaram-se os ACS que trabalham no município de São Luís (MA), devidamente cadastrados no CNES.

#### **4.3.2 Critérios de exclusão**

Os profissionais que por escolha decidiram abandonar a pesquisa ou que durante o processo de coleta de dados foram retirados do CNES.

### 4.3.3 Amostra

Foi aplicada a fórmula de cálculo da amostra quando o universo é conhecido. Considerou-se um erro amostral de 5% a partir de um universo conhecido de 822 ACSs de São Luís, e o cálculo definiu amostra de 263 indivíduos.

Para seleção do quantitativo, realizou-se sorteio por meio de programa computacional a partir da relação completa dos 822 ACSs cadastrados no CNES e trabalhando no município de São Luís. Somente 201 ACSs responderam aos questionários aplicados.

### 4.4 **Coleta de Dados**

A coleta dos dados foi realizada por meio de questionários autoaplicáveis.

A divulgação do processo de coleta de dados foi realizada em parceria com a SMS e com o Sindicato dos Agentes de Comunitários de Saúde (SINDACS).

O questionário foi baseado no Cadastro Individual do e-SUS, utilizado pelos ACSs para cadastramento dos usuários do território de abrangência das equipes de Atenção Básica, conforme Apêndice A.

Os questionários foram entregues aos ACS juntamente com o Termo de Consentimento Livre esclarecido (TCLE), sendo que não foi estipulado tempo mínimo ou máximo para preencher as respostas dos questionários.

A aplicação dos questionários foi realizada em grupos de ACS, em locais públicos devidamente anunciados por convites.

### 4.5 **Aspectos éticos**

O projeto foi submetido ao Conselho de Ética da Universidade UNICEUMA para apreciação, obtendo aprovação segundo parecer consubstanciado e aprovado segundo nº 1.189.496 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 47855515.8.0000.5084, no dia 24/09/2015.

Para todos os sujeitos da pesquisa foi aplicado o TCLE.

A construção do TCLE obedeceu aos critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Cada sujeito da pesquisa leu e concordou com o TCLE, que foi apresentado no momento da resposta ao questionário.

#### 4.6 Variáveis de Estudo

##### 4.6.1 Variáveis sociodemográficas

**Tabela 4 – Variáveis sociodemográficas, respostas e forma de preenchimento**

Variável	Respostas	Forma de preenchimento
Sexo.....	Masculino ou Feminino.	Marcar com um “X” no sexo:
Idade.....	dia/mês/ano.	Anotar a data de nascimento do usuário.
Raça/cor.....	Branca, Preta, Parda, Amarela, Indígena.	Raça autodeclarada do indivíduo. Marque com um “X”.
Situação no Mercado de trabalho.....	Empregador, Assalariado com carteira de trabalho, Assalariado sem carteira de trabalho, Autônomo com previdência sócia, Autônomo sem previdência social, Aposentado/Pensionista, Desempregado, Não trabalha, outro.	Este item investiga a inserção da pessoa no mercado de trabalho. Assinalar com um “X” a opção referida.
Orientação sexual.....	Heterossexual, Lésbica, Bissexual, Gay, Travesti, Transexual, Outro.	Assinalar com um “X” a opção referida.
Unidade da Federação (UF) de nascimento.....	(sem resposta pré-definida)	Preencher a UF onde o usuário nasceu
Cidade de Nascimento.....	(sem resposta pré-definida)	Preencher o município onde o usuário nasceu
Responsável pelo Núcleo familiar.....	Sim, Não	Assinalar com um “X” a opção referida
Frequência em grupos comunitários.....	Sim, Não	Assinalar com um “X” a opção referida. São atividades desenvolvidas em associação comunitária ou outros espaços que envolvam os moradores de um território.

**Fonte:** BRASIL, Manual do Sistema de Coleta de Dados Simplificada. Versão 2.0. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASÍLIA (2015).

#### 4.6.2 Variáveis de condições de moradia

**Tabela 5** - Variáveis condições de moradia, respostas e forma de preenchimento

<b>Variável</b>	<b>Respostas</b>	<b>Forma de preenchimento</b>
Localidade..... ....	Urbana, Rural.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Situação de moradia / posse da terra.....	Próprio, Financiado, Alugado, Arrendado, Cedido, Ocupação, Situação de Rua, Outra.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Tipo de domicílio.....	Casa, Apartamento, Cômodo, Outro.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Acesso ao domicílio.....	Pavimento, Chão Batido, Fluvial, Outro.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Energia elétrica.....	Sim, Não.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Tipo de construção domiciliar (Material predominante nas paredes externas).....	Alvenaria/Tijolo: com Revestimento ou sem revestimento; Taipa: com Revestimento ou sem revestimento; Outros: Madeira Aparelhada, Material Aproveitado, Palha, Outro material.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Abastecimento de água.....	Rede Encanada até o Domicílio, Poço / Nascente no Domicílio, Cisterna, Carro Pipa, Outro.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Tratamento de água (no domicílio)..... ....	Filtração, Fervura, Cloração, Sem Tratamento.	Assinalar com um "X" a opção referida.

Escoamento do banheiro.....	do	Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial, Fossa Séptica, Direto para um Rio, Lago ou Mar, Fossa Rudimentar, Céu Aberto, Outra Forma.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Destino do lixo.....	do	Coletado, Queimado/Enterrado, Céu Aberto, Outro.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Número de moradores.....	de	(Sem resposta pré-definida).	Preencher (escrever). Somente números.
Tempo de moradia (reside desde de).....		Mês, ano.	Preencher (escrever). Somente números.
Animais no domicílio.....	no	Sim, Não.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Número de cômodos.....	de	(Sem resposta pré-definida).	Preencher (escrever). Somente números.

**Fonte:** Dados da Pesquisa (2017).

4.6.3 Variáveis de condições de saúde**Tabela 6 - Variáveis condições de saúde e forma de preenchimento**

<b>Variável</b>	<b>Respostas</b>	<b>Forma de preenchimento</b>
Possui deficiência.....	Sim, Não.	Assinalar com um “X” a opção referida.
Tipo de deficiência.....	Auditiva, Visual, Intelectual/Cognitiva, Física, Outra.	Caso a resposta para o item “Possui deficiência” estiver marcada SIM, o usuário poderá assinalar com “X” as respostas desejadas.
Percepção sobre seu peso.....	Abaixo do Peso, Peso Adequado, Acima do Peso.	Assinalar com um “X” a opção referida.
Gestação.....	Sim, Não.	Assinalar com um “X” a opção referida.
Hábito de fumar.....	Sim, Não.	Assinalar com um “X” a opção referida.
Uso de álcool.....	Sim, Não.	Assinalar com um “X” a opção referida.
Uso de outras drogas.....	Sim, Não.	Assinalar com um “X” a opção referida.
Hipertensão arterial.....	Sim, Não.	Assinalar com um “X” a opção referida.
Diabetes <i>Mellitus</i> .....	Sim, Não.	Assinalar com um “X” a opção referida.
Acidente Vascular Cerebral (AVC)/derrame.....	Sim, Não.	Assinalar com um “X” a opção referida.
Infarto.....	Sim, Não.	Assinalar com um “X” a opção referida.
Doença cardíaca.....	Sim, Não.	Assinalar com um “X” a opção referida.
Tipos de doenças cardíacas....	Insuficiência Cardíaca, Outro, Não Sabe.	Caso a resposta para o item “Possui doença cardíaca” estiver marcada SIM, o usuário poderá assinalar com “X” a resposta desejada.
Problemas nos rins (Doença renal).....	Sim, Não.	Assinalar com um “X” a opção referida.
Hanseníase.....	Sim, Não.	Assinalar com um “X” a opção referida.

Tuberculose.....	Sim, Não.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Câncer.....	Sim, Não.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Internação nos últimos 12 meses.....	Sim, Não.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Causa da internação.....	(sem resposta pré-definida).	Preencher (escrever).
Tratamento com psiquiatra ou internação por problema de saúde mental.....	Sim, Não.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Acamado.....	Sim, Não.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Domiciliado.....	Sim, Não.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICs).....	Sim, Não.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Uso de plantas medicinais.....	Sim, Não.	Assinalar com um "X" a opção referida.
Tipo de planta medicinal.....	(sem resposta pré-definida).	Preencher (escrever).
Outras condições de saúde....	(sem resposta pré-definida).	Preencher (escrever). Até 3 condições de saúde não citadas anteriormente no questionário.

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

#### 4.7 Análise dos Dados

Para a análise dos dados foi utilizado o programa STATA, versão 12.0.

Para avaliar a normalidade das variáveis numéricas foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk.

Para as variáveis quantitativas, que apresentaram distribuição normal (teste Shapiro-Wilk  $> 0,05$ ), utilizou-se a média como medida de tendência central e o desvio-padrão como medida de dispersão.

Para aquelas que não apresentaram distribuição normal (teste Shapiro-Wilk  $< 0,05$ ), foi utilizada a mediana como medida de tendência central, e a diferença interquartil como medida de dispersão.

As variáveis qualitativas foram expressas em proporção.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Dados sociodemográficos

A Tabela 7 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas dos ACSs de São Luís, na qual pode-se observar que 188 (93,53%) são do sexo feminino, 113 (56,22%) heterossexual, 122 (60,70%) de cor parda, 121 (60,20%) com escolaridade de ensino médio.

Quanto à naturalidade, 183 (91,04%) são maranhenses, 85 (42,29%) nasceram em São Luís e 113 (56,22%) em outras cidades. Quanto ao vínculo empregatício, 173 (86,07%) são assalariados com carteira de trabalho. Ademais, 171 (85,07%) são responsáveis por suas famílias, 169 (84,08%) não possuem plano de saúde privado. Em relação à comunidade nas quais habitam, 87 (43,28%) não participam de grupos comunitários e 79 (39,30%) participam.

**Tabela 7 - Variáveis sociodemográficas dos ACSs de São Luís**

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Feminino.....	188	93,53
Masculino.....	13	6,47
Total.....	201	100
<b>Raça/etnia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Parda.....	22	60,7
Branca.....	33	16,42
Preta.....	33	16,42
Não respondeu.....	11	5,47
Amarela.....	2	1
Total.....	201	100
<b>Orientação sexual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Heterossexual.....	13	56,22
Não informou.....	7	43,28
Lésbica.....	1	0,5
Total.....	201	100
<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ensino Médio, Médio 2º Ciclo.....	121	60,2
Superior, Aperfeiçoamento, Esp. Me.....	50	24,88
Ensino Fundamental Completo.....	8	3,98
Ensino Médio Especial.....	8	3,98

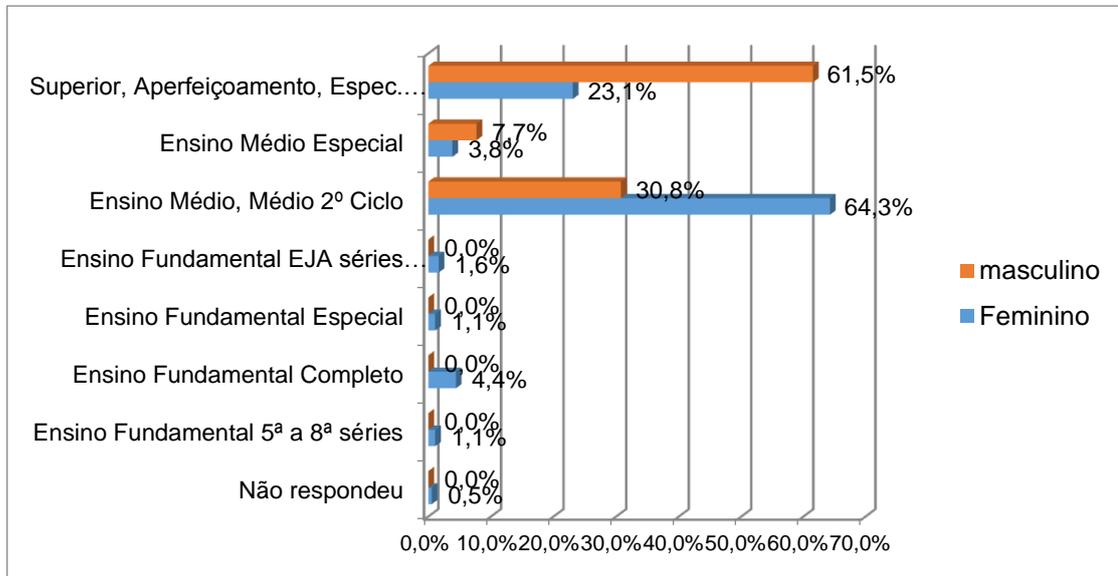
Não respondeu.....	7	3,48
Ensino Fundamental EJA séries finais, supletivo.....	3	1,49
Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries.....	2	1
Ensino Fundamental Especial.....	2	1
Total.....	201	100
<b>Situação no Mercado de Trabalho</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Assalariado com carteira de trabalho.....	173	86,07
Não respondeu.....	12	5,97
Empregador.....	7	3,48
Assalariado sem carteira de trabalho.....	7	3,48
Outro.....	2	1,00
Total.....	201	100
<b>UF de nascimento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
MA.....	183	91,04
Outros Estados.....	18	8,96
Total.....	201	100
<b>Cidade de Nascimento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Outras cidades.....	113	56,22
São Luís.....	85	42,29
Não respondeu.....	3	1,49
Total.....	201	100
<b>Possui plano de saúde privado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	169	84,08
Não informou.....	22	10,95
Sim.....	10	4,98
Total.....	201	100
<b>Responsáveis pelo núcleo familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim.....	171	85,07
Não informou.....	18	8,96
Não.....	12	5,97
Total.....	201	100
<b>Frequenta grupo comunitário</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	87	43,28
Sim.....	79	39,30
Não respondeu.....	35	17,41
Total.....	201	100

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

Quanto ao detalhamento das informações sobre escolaridade em relação ao sexo, observa-se que 117 (64,03%) das mulheres entrevistadas apresentaram

escolaridade de ensino médio e 42 (23,1%) de ensino superior. No que se refere aos homens, 8 (61,5%) apresenta escolaridade de nível superior e 4 (30,08%) apresenta escolaridade de ensino médio, conforme apresentado na Figura 4.

**Gráfico 4 – Relação entre escolaridade e sexo dos ACSs de São Luís**



Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

As variáveis “quantidade de moradores”, “quantidade de cômodos”, “quantidade de animais” e “renda familiar” não possuem distribuição normal (Teste Shapiro Wilk –  $p$  valor  $< 0,05$ ). As variáveis “idade” e “tempo de moradia” apresentaram distribuição normal (Teste Shapiro Wilk –  $p$  valor  $> 0,05$ ).

A Tabela 8 mostra que o tempo médio de moradia foi 22,76 anos, e que a idade média é de 48,08 anos.

**Tabela 8 - Variáveis numéricas do perfil dos ACSs de São Luís**

Variável	N	Média	Desvio-padrão	Min.	Máx.
Tempo de moradia	152	22,76	11,20	11,20	50,58
Idade dos ACS	199	48,08	± 07,98	34	9

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

Conforme mostra a Tabela 9 a seguir, a mediana da quantidade de moradores que convivem com os ACSs é de 8 pessoas (96%), habitando em 6 cômodos (97%), e que possuem até 2 animais de estimação (62,%). Observou-se, ainda, renda familiar de 2 salários mínimos (77%).

**Tabela 9 - Condições de moradia dos ACSs de São Luís**

Variável	Nº	Não responderam	%	Mediana	DIQ*	Min.	Máx.
Quantidade de moradores	193	8	96	4	2	0	17
Quantidade de cômodos	194	7	97	6	2	0	15
Quantidade de animais	125	76	62	2	2	1	23
Renda Familiar	155	46	77	2	1	1	4

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

## 5.2 Condições de moradia

Na Tabela 9 são apresentados os dados referentes às condições de moradia dos 201 ACSs. Obtendo-se o resultado que 172 (86%) residem na zona urbana. Quanto ao tipo de domicílio, 197 (98,01%) residem em casa e 177 (88,06%) em domicílios próprios. Em relação ao acesso aos domicílios, 167 (83,08%) possuem acesso por pavimento e 162 (81%) com conexão à rede elétrica.

Quanto ao tipo de construção domiciliar, 183 (91%) possuem construção de alvenaria com revestimento. No que se refere ao abastecimento de água, 178 (88,56%) recebem água da rede encanada do domicílio e 188 (93,52%) possuem água filtrada como principal tipo de tratamento. Já em relação ao sistema de esgotamento sanitário, 96 (47,76%) possuem fossa séptica, 87 (43,28%) com rede coletora de esgoto ou pluvial e 10 (4,98%) possuem fossa rudimentar. Quanto ao destino do lixo, 192 (95,52%) possuem coleta de resíduos.

**Tabela 10 - Detalhamento das condições de moradia dos ACSs de São Luís**

Localidade	n	%
Urbana	172	86
Rural	25	12
Não respondeu	4	2
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>98</b>
Tipo de Domicílio	n	%
Casa	197	98,01
Apartamento	4	1,99
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
Situação de moradia	n	%
Próprio	177	88,06
Outra	10	4,98

Alugado	9	4,48
Financiado	5	2,49
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Acesso ao domicílio</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pavimento	167	83,08
Chão batido	24	11,94
Não respondeu	5	2,49
Outro	4	1,99
Fluvial	1	0,50
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Energia elétrica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	162	81
Não respondeu	39	19
Não	0	0
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Construção domiciliar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alvenaria com revestimento	183	91
Não respondeu	13	6
Alvenaria sem revestimento	5	2
Taipa com revestimento	0	0
Taipa sem revestimento	0	0
Outros	0	0
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>94</b>
<b>Abastecimento de água</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Rede encanada até o Domicílio	178	88,56
Poço/Nascente no Domicílio	20	9,95
Outro	3	1,49
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Tratamento da água</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Filtração	188	93,52
Cloração	10	4,98
Fervura	2	1
Sem tratamento	1	0,5
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Escoamento do banheiro</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Fossa Séptica	96	47,76
Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial	87	43,28
Fossa Rudimentar	10	4,98
Direto para um Rio, Lago ou Mar	5	2,49
Outra Forma	2	1

A Céu Aberto	1	0,5
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Destino do lixo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Coletado	192	95,52
Não respondeu	7	3,48
Queimado/Enterrado	2	1,00
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

### 5.3 Condições de saúde

Quanto às condições de saúde, demonstrados na Tabela 5, 177 (88,06%) não possuem deficiência física, nenhum entrevistado respondeu que estava gestante. Na percepção sobre seu peso, 95 (47,26%) se avaliaram como tendo peso adequado, e 89 (44,28%) que estavam acima do peso.

Quanto ao uso de drogas, 194 (96,52%) relataram que não fumam, 174 (86,52%) não fazem uso de álcool, 197 (98,01%) não fazem uso de outras drogas.

No tocante às doenças crônicas não transmissíveis, os entrevistados responderam que 146 (72,74%) não possuem hipertensão arterial, 181 (90,05%) não possuem diabetes *mellitus*, 193 (96,02%) não tiveram AVC ou derrame, 192 (95,52%) não tiveram infarto, 183 (91,04%) não tiveram doença cardíaca, 179 (89,05%) não possuem doença renal e 194 (96,52%) não tiveram câncer.

Quando questionados sobre as doenças transmissíveis, no que se refere à hanseníase e tuberculose, não foi obtida nenhuma resposta positiva.

Foi questionado sobre a saúde mental, e 190 (94,53%) responderam que não fizeram, ou fazem tratamento com psiquiatra e não tiveram internação por problemas de saúde mental. Não houve resposta positiva para a questão de ACS acamado, no que 176 (87,56%) responderam que não estão domiciliados.

No que se refere ao uso de plantas medicinais, 109 (54,23%) relataram que não utilizam e 92 (45,77%) relataram que utilizam plantas medicinais. Quanto às TICs, 147 (73,13%) não utilizam.

Ao ser questionado sobre outras condições de saúde, foram obtidas 90 respostas, das quais 52 (57,78%) são problemas osteoarticulares, 9 (10%) para arboviroses e 29 (32,22%) para outras condições diversas de saúde. Os resultados ora tratados estão na Tabela 11.

**Tabela 11 - Dados referentes às condições de saúde dos ACSs de São Luís**

<b>Tem alguma deficiência?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	177	88,06
Não respondeu.....	10	4,98
Visual.....	7	3,48
Outra.....	4	1,99
Auditiva.....	2	1
Física.....	1	0,5
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Está gestante?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	194	96,52
Não respondeu.....	7	3,48
Sim.....	0	0,00
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Percepção sobre seu peso</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Peso adequado.....	95	47,26
Acima do peso.....	89	44,28
Não respondeu.....	11	5,47
Abaixo do peso.....	6	2,99
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Está fumante?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	194	96,52
Não respondeu.....	4	1,99
Sim.....	3	1,49
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Faz uso de álcool?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	174	86,57
Sim.....	22	10,95
Não respondeu.....	5	2,49
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Faz uso de outras drogas?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	197	98,01
Não respondeu.....	4	1,99
Sim.....	0	0,00
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Tem Hipertensão arterial?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	146	72,64
Sim.....	50	24,88
Não respondeu.....	5	2,49
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

<b>Tem diabetes <i>mellitus</i>?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	181	90,05
Sim.....	17	8,46
Não respondeu.....	3	1,49
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Teve AVC/derrame?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	193	96,02
Não respondeu.....	6	2,99
Sim.....	2	1,00
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Teve infarto?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	192	95,52
Não respondeu.....	6	2,99
Sim.....	3	1,49
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Tem doença cardíaca?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	183	91,04
Não respondeu.....	11	5,47
Não sabe.....	4	1,99
Insuficiência cardíaca.....	2	1,00
Outro.....	1	0,50
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Tem doença renal?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	179	89,05
Não respondeu.....	11	5,47
Outro.....	7	3,48
Não sabe.....	3	1,49
Insuficiência renal.....	1	0,50
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Tem ou teve câncer?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	194	96,52
Não respondeu.....	7	3,48
Sim.....	0	0,00
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Está com hanseníase</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	194	96,52
Não respondeu.....	7	3,48
Sim.....	0	0,00
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Está com tuberculose</b>	<b>n</b>	<b>%</b>

Não.....	194	96,52
Não respondeu.....	7	3,48
Sim.....	0	0,00
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Internação nos últimos 12 meses?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	179	89,05
Sim.....	15	7,46
Não respondeu.....	7	3,48
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Fez ou faz tratamento com psiquiatra ou teve internação por problema de saúde mental?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	190	94,53
Não respondeu.....	7	3,48
Sim.....	4	1,99
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Está acamado?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	191	95,02
Não respondeu.....	10	4,98
Sim.....	0	0,00
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Está domiciliado?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	176	87,56
Não respondeu.....	17	8,46
Sim.....	8	3,98
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100%</b>
<b>Usa plantas medicinais;</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	109	54,23
Sim.....	92	45,77
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100%</b>
<b>Usa práticas integrativas e complementares?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não.....	147	73,13
Não respondeu.....	47	23,38
Sim.....	7	3,48
<b>Total.....</b>	<b>201</b>	<b>100</b>
<b>Outras condições de saúde</b>	<b>n (total de respostas)</b>	<b>%</b>
Problemas osteoarticulares.....	52	57,78
Outras questões de saúde.....	29	32,22
Arboviroses (ZIKA E CHIKUNGUNYA).....	9	10,00
<b>Total.....</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da Pesquisa (2017).

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados referentes ao tempo de moradia dos ACSs indicam que apresentam tempo médio de residência 23,96 anos, sendo coerente o estudo realizado por Vasconcelos e Costa-Val (2008, p. 19), na avaliação da qualidade de vida dos ACSs, o qual obteve a média de 23 anos. Este valor também foi encontrado no estudo de Ferraz e Aerts (2005, p. 350), no intervalo de 20 a 29 anos de moradia na comunidade.

No que se refere às condições de moradia, os ACSs informaram que viviam em imóveis próprios, com acesso à água encanada, rede elétrica e acesso por asfalto, com rede de esgoto e coleta de lixo. Apesar de não avaliar a satisfação quanto à qualidade de suas condições de moradia, os dados obtidos indicam diferenciação da pesquisa realizada por Imbrizi et al., (2012, p. 155), no qual não consideravam adequadas suas condições de moradia e nem para seus familiares, embora considerem esta informação importante no processo de avaliação da qualidade de vida dos ACSs.

O aspecto do saneamento básico foi um dos elementos avaliados por Lessa (2013, p. 20), referente às vivências profissionais do ACS, e também considerado um fator relevante nas condições de moradia deste profissional, assim como acesso a lazer e segurança. Estas observações também foram apresentadas pelo Ministério da Saúde, no livro “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 35).

No município de São Luís, o saneamento básico apresenta fragilidades, pois o índice de cobertura dos serviços de esgotamento sanitário na cidade mantém-se em torno de 40%, e o percentual de esgoto tratado em relação ao volume de esgoto gerado pela população residente é de apenas 9,65%. Portanto, observa-se que 90,35% dos esgotos lançados no meio ambiente na capital não recebe tratamento adequado. Este cenário contribui para o aumento de riscos à saúde da população, desconfiguração de paisagens, comprometimento da balneabilidade das praias e dos rios, apresentando-se como um sério desafio para o desenvolvimento das atividades recreativas e turísticas, assim como o desenvolvimento econômico do município (ANJOS NETO, 2006, p. 28).

De acordo com Brasil (2009a), os ACSs devem conhecer as condições de moradia dos usuários acompanhados, não só as condições estruturais, mas também

coletar dados de saneamento, da dinâmica familiar, alimentação e cuidados de saúde, sendo estas informações relevantes para o conhecimento de um usuário.

As condições de moradia, assim como o tempo, são discutidas e consideradas quanto à atuação deste profissional, devido à sua função por uma multiplicidade de interpretações e interações sociais com a comunidade (NUNES et al., 2002, p. 1645). Este período de moradia dos ACSs se aproxima do valor encontrado por Bornstein (2007, p. 19), em pesquisa realizada no Rio de Janeiro referente aos saberes do ACS. Segundo Bornstein (2007, p. 197), os ACSs possuem o papel de mediadores na comunidade, sendo, assim, este tempo de moradia um elemento facilitador do seu processo de trabalho, mediante o conhecimento da localidade e os vínculos construídos.

Importante destacar que 52,41% dos entrevistados relatou participar de grupos comunitários. Os autores Nunes et al., (2002, p. 1644) e Bornstein (2007, p. 116) ressaltam a importância das relações sociais do ACS com a comunidade como elemento facilitador de suas atividades. De acordo com Ferraz e Aerts (2005, p. 352), estas eram características indicadas no período de seleção dos primeiros ACSs em 1994, devido ao seu potencial de comunicação e de formação de opinião.

Os dados sociodemográficos revelados na pesquisa encontram similaridade com as pesquisas de Prasad et al., (2007, p. 3), no que diz respeito à experiência de ACSs em outros países. No Brasil, os mesmos resultados foram constatados nas pesquisas dos autores Baralhas e Pereira (2013), Santos et al., (2011), Moura et al., (2010), Silva, Dias e Ribeiro (2011).

Quanto à predominância do sexo feminino, pode ser considerada como consequência de conceito social de “feminização” do cuidado a usuários e suas famílias, também presente em outras profissões como a enfermagem, na qual a tarefa do cuidar seria uma responsabilidade direcionada exclusivamente às mulheres, fato já observado no exemplo das experiências das exigências dos manuais às Visitadoras Sanitárias da Fundação SESP (FARIA et al., 2006, p. 179; MENDES et al., 2002).

No que diz respeito à enfermagem, vale a pena esclarecer que o termo “*nurse*”, sofre mudança de significado após a Nightgale-Training School for Nurses at Saint Thomas Hospital (1860), posto que as mulheres que cuidavam eram apresentadas nas literaturas com questões negativas ao seu comportamento. E após a criação desta escola de enfermagem, o termo “enfermeira” ganha um novo

significado, direcionado à assistência de enfermagem realizada por mulheres com treinamento específico (MIRANDA, 1996, p. 13-16).

Deve-se ressaltar que as questões de gênero também são observadas na Atenção Primária no Brasil, desde a organização das Políticas Públicas, que foram marcadas por ações destinadas ao “binômio mãe-filho”, contemplando temas como “saúde materno-infantil”, “higiene” e “puericultura”, e isto também impacta na organização dos serviços de saúde. Desta forma, pode-se observar que identidades sociais de homens e mulheres interferem não somente a construção de políticas públicas, como também nas atribuições de assistência em saúde (MANCHIN et al., 2011).

No que diz respeito à escolaridade dos ACSs, foi evidenciado maior percentual das respostas para nível médio, atendendo e até superando o requisito mínimo do que é exigido na legislação quanto ao nível mínimo para atuar como ACS, no qual é indicado ter ensino fundamental e ter realizado um curso introdutório ou formação para atuar na área (BRASIL, 2006b).

No entanto, o perfil do ACS vem apresentando mudanças quanto à escolaridade. Devido às novas exigências e quantidade de atividades/atribuições deste profissional, tem-se observado uma busca por uma melhor escolarização e por cursos técnicos para os ACSs, no entanto, a oferta desta qualificação é realizada somente em 36 Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). Também foi observado que já existem ACSs cursando nível superior, como reflexo deste processo, por uma melhor qualificação e crescimento profissional. Mas os ACSs ainda enfrentam desafios, pois é uma classe profissional que foi criada unicamente para o SUS, e encontra reduzidas ofertas de qualificação, com uma queixa relacionada de baixa remuneração diante da responsabilidade e das atividades exercidas (MOTA; DAVID, 2010, p. 245).

Levando-se em consideração a preocupação quanto à escolaridade dos ACSs diante das atividades que são apresentadas a eles, dentre elas a coleta de dados para finalidade de análise epidemiológica, e a predominância do grau de escolaridade de ensino médio, foi realizada uma avaliação quanto à qualidade e confiabilidade dos dados coletados. Como resultado, compreendeu-se que o processo crescente de escolarização deste público tende a fortalecer e qualificar a coleta de dados, assim como a tomada de decisão e a qualidade da interação com a comunidade atendida (TIBIRIÇÁ et al., 2009, p. 166, MOUSSE et al., 2015).

A importância do conhecimento da escolaridade dos ACSs está diretamente relacionada com as suas competências para realização das suas atividades, e o impacto de suas ações na comunidade atendida e nos dados produzidos. Por isso, variadas pesquisas têm sido desenvolvidas tendo em vista a compreensão que o nível de escolaridade deste público, que apresenta maior percentual para nível médio, ou seja, entre 10 a 12 anos de estudo, requer o investimento em treinamentos na saúde, para que possam ser obtidos conforme o esperado. Esta preocupação não está somente restrita ao Brasil, mas também é observada em países que adotaram a estratégia de ACSs como forma de expansão dos serviços de saúde, envolvendo experiências de utilização dos ACSs como habilidade de detecção de alguns sintomas de doenças específicas durante as visitas domiciliares, assim como as orientações fornecidas para públicos específicos (MATTHEW J. et al., 2010; LASTE, 2012; FERREIRA; RUIZ, 2012; KHAN et al., 2015).

Os ACSs são da comunidade e também profissionais de saúde, com uma responsabilidade de tornarem-se mediadores entre o conhecimento científico e o saber social. Para que esta transição se torne possível, faz-se necessário muito conhecimento científico, além da compreensão e capacidade de agir para proporcionar ações de educação em saúde. Considerando o perfil e escolaridade deste profissional predominante de nível médio, a equipe de saúde também assume uma responsabilidade de agir como elemento de qualificação destas ações junto à comunidade (NUNES et al., 2002, p. 1640; BORNSTEIN, 2007, p. 11).

As condições sócias e clínicas nesta pesquisa, no tocante aos problemas psiquiátricos, também estiveram presentes nas respostas, representando 7,73% (n=04). O sofrimento psíquico pode estar relacionado às expectativas quanto à sua profissão, à capacitação para sua categoria, à relação ativa com os usuários acompanhados, e ao processo de gestão dos seus resultados e metas, podendo gerar um processo de culpabilização do ACS por metas não alcançadas pela Saúde da Família (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012, p. 145).

Fatores como esgotamento profissional e falta de reconhecimento foram considerados como elementos importantes na avaliação quanto ao sofrimento e adoecimento no trabalho dos ACSs. Sendo que, devido à variedade de atribuições do trabalho do ACS, outros fatores também devem ser levados em consideração, tal como exposição contínua às situações geradas pela pobreza, condições sociais e deficiência na interação entre os serviços públicos. Desta forma, as atividades

desenvolvidas pelos ACSs os expõem a possíveis danos físicos, psicológicos e sociais, sendo que os custos físicos (atividade musculoesquelética) com os deslocamentos, assim como a exposição a riscos físicos, químicos e biológicos podem gerar doenças ocupacionais. Ou seja, a avaliação sobre a saúde do ACS deve envolver fatores físicos, mentais, culturais, econômicos e sociais (KRUG et al., 2015, p. 366).

Nesta pesquisa evidenciou-se que os participantes também relataram questões sobre o sistema circulatório e doenças crônicas, com destaque para hipertensão arterial e diabetes *Mellitus*. Também foram registradas respostas quanto às doenças osteoarticulares (dores de coluna, artrose e *Chikungunya*). Quando analisados os resultados obtidos com as prevalências de hipertensão arterial (13,6%) e diabetes *Mellitus* (5,4%), tendo como referência os valores esperados para o estado do Maranhão, observa-se que os resultados apresentados na pesquisa superam os valores de referência (24,88% de hipertensão arterial e 8,46% para diabetes). Importante ressaltar que os dados coletados não dependiam da comprovação com exames e diagnósticos clínicos, no entanto se destacam por se apresentarem superiores às prevalências esperada os municípios do estado do Maranhão. (BRASIL, 2013)

Diante da variedade de doenças e condições de saúde que podem gerar danos à produção e à saúde do trabalhador, torna-se necessário a criação de estratégias de gerenciamento destes riscos e promoção de qualidade de vida, dentre elas: exercícios físicos, cinema, a música, a religião e o hábito da leitura, além de realização de reuniões semanais com todos os profissionais das equipes de saúde para discussão das exposições das necessidades da população, bem como propostas de soluções para o cotidiano do trabalho. Sugere-se, também, a realização de investimento em fardamento, Equipamento de Proteção Individual (EPI) e delimitação do horário de atuação (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012, p. 666).

Dentre as questões osteoarticulares, faz-se necessário o destaque para a *Chikungunya*, que está no grupo das arboviroses emergentes no Brasil, e que geram grandes impactos negativos tanto na sociedade quanto no mercado de trabalho, pois promovem afastamento e incapacitações temporárias dos trabalhadores, além de gerar óbitos. Embasa-se, assim, a importância do investimento em saneamento básico, acesso a água potável e um relacionamento mais estreito entre as

vigilâncias entomológicas e epidemiológicas (LIMA-CAMARA, 2016, p. 6; BRETAS, 2016, p. 23).

O estudo apresentou limitações à medida que algumas questões não foram respondidas pelos entrevistados, não obtendo 100% de respostas.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer uma clientela por meio de uma pesquisa quantitativa implica em trabalhar os números até que eles gerem significado e embasem análises que desnudem uma realidade muitas vezes silenciosa.

Tentar compreender um ator tão específico, uma categoria profissional criada pelo SUS, e para atuar somente no SUS, já apresenta uma série de características diferenciais.

O contexto que justificava a ampliação do acesso e cobertura dos serviços de saúde, principalmente para a população vulnerável, traz consigo uma marca da importância das atividades de prevenção e promoção de saúde, como principais estratégias de redução de doenças e agravos por causas preveníveis. Devemos destacar também que a relação entre usuário de saúde e a equipe, precisava de um interlocutor, um tradutor, que aproximasse à um grupo de profissionais de saúde das pessoas que precisam ser cuidadas, como se falassem diferentes línguas.

Este profissional de saúde, que também carrega a obrigatoriedade de ser da comunidade, e atuar como integrante de uma equipe de saúde possui uma origem híbrida por obrigação, e carrega sobre si uma gama de responsabilidades, que por vezes superam suas habilidades e conhecimentos técnicos e acadêmicos, para atuar como mediador em duas dimensões diferenciadas: entre o saber científico e o saber social.

Como agente de saúde, este profissional faz parte de uma equipe de saúde que deve atuar a partir de informações e protocolos de saúde. A compreensão daquilo que deve ser feito é imprescindível para uma atuação conforme o esperado, por isso o investimento na formação do ACS torna-se estratégico, assim como é compreensível a crescente escolarização deste público para fortalecimento e qualificação desta categoria profissional. Tendo em vista que a legislação de 2006 apresenta como requisito mínimo a escolaridade de ensino fundamental, distanciando-se da complexidade da capacidade de compreensão e execução de serviços de saúde.

Da mesma forma que o conhecimento é importante para atuar na saúde, também é necessário que haja capacidade física para atingir de forma satisfatória suas metas de visitas domiciliares, acompanhando as pessoas em sua área adscrita. Por isso o cuidado com as condições físicas dos ACSs ganha importância,

na medida em que este público está exposto a uma variedade de riscos durante suas atividades ocupacionais. Torna-se, também, necessário o cuidado com a alimentação, exercícios físicos, com a finalidade de reduzir a incidência de problemas do aparelho circulatório, doenças osteoarticulares e outras doenças crônicas que podem reduzir o desempenho de suas atividades. Desta forma é necessário que este profissional de saúde, disponha de condições de saúde para desempenhar de forma satisfatória suas atribuições e que esta também seja uma compreensão da gestão municipal de saúde, haja vista que no Plano Municipal de Saúde de São Luís (2014 a 2017), o investimento no ACS é restrito a conclusão do técnico pela ETSUS.

Mesmo com os cuidados de saúde, uma questão deve ser levada em consideração, posto que seu avanço é inegável: o envelhecer. Essa etapa do desenvolvimento humano é uma consequência natural da vida, e promove mudanças não só no organismo, mas também no volume e forma das atividades laborais, o que permite a construção de um planejamento e construção de metas que leve em consideração as faixas etárias dos trabalhadores. Ou seja, a simples padronização de resultados esperados, sem considerar contextos diferenciados de atuação, tal como zonas rurais e urbanas, assim como a idade dos ACSs, torna meramente fictícia a definição de metas e resultados esperados.

Esta pesquisa não almejou a construção de um prazo de validade para a atuação produtividade e satisfatória dos ACSs, mas sim chamar a atenção da gestão municipal de saúde para o potencial de atenção deste público (já conhecido em pesquisas científicas), assim como para a necessidade de investimento tanto em qualificação quanto em ações de saúde de assistência e de prevenção em saúde.

O reconhecimento da qualidade das relações sociais dos ACSs nas comunidades pode gerar um novo mapeamento, com a finalidade de conhecer suas relações com lideranças e grupos comunitários, assim como seu potencial de formador de opinião.

Quanto às condições de moradia e áreas de atuação dos agentes, é conhecido que o saneamento básico é uma das fragilidades do município de São Luís, tornando-se um grande desafio para a redução da mortalidade infantil, ao mesmo tempo em que aumenta o risco da exposição a arboviroses, dentre elas as que são transmitidas pelo *Aedes Aegypti*. Assim, justifica-se que a melhoria nos resultados da ABS somente é possível com investimento em políticas públicas que

propiciem redução de riscos e melhoria nas condições de vida, tanto da comunidade quanto dos profissionais de saúde que nela atuam.

No Brasil, o ACS está inserido em equipes de saúde, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal. Desta forma, sua inserção no grupo pode ser realizada por meio de construção de diálogos horizontalizados entre os profissionais de saúde, por meio do reconhecimento da importância de todos os saberes para a tomada de decisão da equipe, assim como a elaboração de ações e serviços de saúde. Esta isonomia entre saberes de diferentes áreas da saúde permitiria uma relação mais adequada nas equipes, e reduziria o grau de sofrimento psíquico inerente às atividades laborais.

## 8 - RECOMENDAÇÕES À GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Como as atividades dos ACSs sofreram mudanças desde a sua criação, torna-se necessário também discutir o perfil adequado para estas novas demandas, reduzindo a distância entre os resultados esperados e os resultados obtidos, posto que é necessário discutir qual tipo de agente de saúde seria mais funcional dentro do sistema vigente no país. Por exemplo, o investimento em habilidades para manejo de tecnologias alinha-se com a proposta do governo quanto à implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), porém, ao mesmo tempo em que requer o investimento na aquisição de equipamentos, também exige o conhecimento e domínio desta inovação tecnológica, tanto para o cadastro quanto no acompanhamento das condições de saúde da população a ser realizada pelos ACSs. E enquanto o PEC ainda não for uma realidade para todas as equipes de saúde, sugere-se o investimento na aplicação das fichas do e-SUS AB e no processo de trabalho, atendendo às novas legislações e ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ.

Portanto, antes de iniciar qualquer uma das ações acima propostas, torna-se essencial a análise, junto aos gestores, de saúde sobre quais os impactos esperados, e desta forma elaborar um perfil adequado a estas metas, ou até mesmo compreender que as características destes profissionais de cada distrito de saúde, alinhados com os impactos esperados, com diferentes formações e diferentes atuações na comunidade.

Deve-se salientar que, ainda referente à qualidade da informação resultante dos instrumentos do e-SUS, neste estudo observou-se que, mesmo utilizando a estratégia de tornar autoaplicável os questionários que os ACSs utilizam na comunidade para cadastrar as pessoas de sua área adscrita, o preenchimento dos dados não obteve resposta em todos os campos dos questionários. Desta forma, pode-se questionar a qualidade e confiabilidade das informações que são disponíveis nos relatórios gerenciais do e-SUS. Isto sinaliza à necessidade de investimento e acompanhamento, não somente pelo nível central SEMUS, mas durante as ações realizadas, implicando num resgate da qualidade de comunicação deste ACS e sua ESF, conforme preconizado pela PNAB e PMAQ.

Assim, pode-se questionar se é possível direcionar um ACS para uma determinada localidade ignorando suas condições de saúde, escolaridade e as atividades a serem executadas. Ou seja, considera-se inestimável, após a realização

deste trabalho, questionar se é possível redistribuir estes profissionais, respeitando o critério de moradia e suas características (de saúde, acadêmicas e habilidades sociais) para atuar junto às famílias com especificidades, a fim de que requeiram maior atenção, maior domínio conceitual, ou até mesmo capacidade física de realizar o acompanhamento regular das famílias e usuários. Estas informações enriquecerão a atividade de mapeamento das microáreas.

A discussão quanto à identidade deste profissional de saúde também deve ser retomada, devido às mudanças de legislação que afetam diretamente suas atribuições, objetivos, concepções, sendo salutar mencionar a aprovação da nova Política Nacional da Atenção Básica, e que apresentou as novas atribuições do ACS, tais como: aferir pressão arterial e glicemia capilar, além de fazer curativos limpos. Essas novas atividades devem ser discutidas, juntamente com os Conselhos de classe, tal como o Conselho de Enfermagem, tendo em vista esta nova gama de novas atribuições do ACS, levando em consideração a segurança dos usuários e dos profissionais de saúde.

Em processo paralelo destaca-se também que o projeto de LEI Nº 6.437, DE 2016, que altera as atribuições dos ACS e ACEs e aumenta a exigência da escolaridade mínima para nível médio, foi aprovado em comissão da câmara no dia 06 de maio de 2017 e segue para apreciação da Comissão de Constituição e Justiça da Câmara, sendo que uma das novidades é a aferição da pressão arterial atividade do ACS (BRASIL, 2017c).

No dia 13 de setembro de 2017, foi aprovado o Projeto de Lei, Nº 56, que contém as propostas da Lei Nº 6.437, no entanto com algumas alterações, das quais se destaca a revogação da obrigatoriedade de uma qualificação de 200 horas, somente mencionando o termo “após treinamento específico” para a realização das novas atribuições do ACS:

- I - aferição da pressão arterial, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;
- II - medição de glicemia capilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência;
- III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar, em caráter excepcional, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência (BRASIL, 2017c, não paginado).

Desta forma é fortalecido o aumento do investimento tanto na escolaridade quanto na educação permanente deste público. Mas estas novas legislações

sinalizam para um processo de discussão para este aumento da complexidade das atividades desenvolvidas por este profissional de saúde, ou seja, reforça a ideia este é um profissional cuja identidade está em processo de transição, na qual, verificamos mudanças no seu processo de trabalho, na relação com a equipe, escolaridade; busca de reconhecimento, de valorização, de pertencimento à um grupo profissional (SILVA; DALMASO, 2002. p 75-99).

Desta forma, diante de um processo tenso e intenso de mudanças, se faz necessário a problematização não somente do fazer, mas também da relação com o território, à relação com a equipe de saúde e o modelo de cuidado. Tendo em vista que as principais inovações são direcionadas à assistência em saúde, cabe questionar atenção dada para as atividades de promoção em saúde, em detrimento da priorização de procedimentos curativos (FURLAN, 2008, p. 372).

Sugere-se que estes profissionais possam ser submetidos a consultas e exames para avaliação de suas condições físicas, com destaque para a avaliação de doenças crônicas não transmissíveis, e se necessário indicação de dieta adequada e de atividades físicas, objetivando a melhoria da sua qualidade de vida. Os casos com alterações devem receber acompanhamento e acesso às medicações necessárias. Estas avaliações devem ser compiladas e informadas à Coordenação da Atenção Básica.

A complexidade de fazer e gerir serviços de saúde requer dedicação, participação coletiva, investimento financeiro, avaliação dos serviços, investimento em qualificação. Neste desafio de fortalecer a produção acadêmica e de gestão esta produção, se apresenta como ferramenta, para sinalizar a diversidade dos Agentes Comunitários de Saúde de São Luís-MA.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira. **A Construção Internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Minas Gerais, 2003. 136f. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2220>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

ANJOS NETO, Sérgio Pereira dos. **Aspectos históricos e diagnóstico técnico - operacional do sistema de esgotos sanitários de São Luís**. São Luis, 2006. Disponível em: <[www.caema.ma.gov.br/portalcaema/index.php%3Foption%3Dcom\\_docman%26task%3Ddoc\\_download](http://www.caema.ma.gov.br/portalcaema/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

BARALHAS, Marilisa, PEREIRA Maria Alice Ornellas. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2013 mai-jun; 66(3): 358-365. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300009)>. Acesso em: 04 mar. 2017. Não paginado.

BORNSTEIN, Veja Joana. **O Agente Comunitário de Saúde na mediação de saberes**. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro – RJ, 2007. 243f. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4483/2/281.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Emendas Constitucionais. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 2 mai. 2017. Não paginado.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2017. Não paginado.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 692 de 25 de março de 1994**. DO 60, de 29/3/94. Disponível em: <[http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog\\_pacs\\_psf/GM\\_P692\\_94prog\\_pacs\\_psf.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/GM_P692_94prog_pacs_psf.doc)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS**, 6/11/1996. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/nob.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e

normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006a. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0649\\_28\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0649_28_03_2006.html)>. Acesso em: 12 jun. 2017. Não paginado.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2017. Não paginado.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em:  
<[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia\\_acs.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidemiologica\\_7ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **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). 2011. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 20 mar. 2017. Não paginado.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em:  
<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20\\_cuidado\\_pessoas%20\\_do\\_encas\\_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_do_encas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 2.0** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 171 p. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_CDS\\_2\\_0\\_versao\\_p\\_reliminar\\_ago\\_2015.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_2_0_versao_p_reliminar_ago_2015.pdf)>. Acesso em: 13 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2016** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 171 p. Disponível em: <<http://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/Caderno%20de%20indicadores2016.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Relatório de Famílias Acompanhadas por ano segundo município, sistema SIAB. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMA.def>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DATASUS**. **RIPSA**. População residente - estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?novapop/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Nota Técnica da Atenção Básica**: Brasília, 2017c. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 12 jul. 2017. Não paginado.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde **MANUAL INSTRUTIVO PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA (Saúde da Família, Saúde Bucal, e equipes parametrizadas) e NASF - 3º CICLO**. Brasília, 2017c. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2017. Não paginado.

BRETAS, Gustavo. O Brasil da Dengue, Zika e Chikungunya. **Revista ENSAIOS & DIÁLOGOS**, 2016, nº 07, p. 22-25. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/site/sites/wp-content/uploads/2016/07/Revista-ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS\\_2\\_Pag-22-a-25.pdf](http://www.abrasco.org.br/site/sites/wp-content/uploads/2016/07/Revista-ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS_2_Pag-22-a-25.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2017.

CAMELO, Sílvia Helena Henriques; GALON, Tanyse; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Formas de adoecimento pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Gerenciamento. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, dez; 20(esp1): 661-7. 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a19.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2015. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 30 mar. 2015.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2017. Não paginado.

DEEPENING HEALTH REFORM IN CHINA. **Building High-Quality And Value-Based Service Delivery**. China Joint Study Partnership World Bank Group, World Health Organization, Ministry of Finance, National Health and Family Planning Commission, Ministry of Human Resources and Social Security, 2016. Disponível em:

<<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/24720/HealthReformInChina.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2016.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. **Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde**. Módulo Político Gestor. Especialidade em saúde da família, modalidade à distância. UNASUS. UNIFESP. 2011. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_3.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_3.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2017.

FARIA, Lina et al. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, 2006. p. 173-212. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n27/32142.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2017.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**. 10 (2): 347-355, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

FERREIRA, Virgílio Moraes; RUIZ, Tania. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. **Rev Saúde Pública**; 46(5): 843-49. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000500011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000500011)>. Acesso em: 05 mar. 2017. Não paginado.

FURLAN, Paula Giovana. O Agente Comunitário de Saúde e a prática na Atenção Básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. In: GUERRERO, André Vinicius Pires. (org). **Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**.- São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 368-387.

GUIDA, Hilka Flavia Saldanha, et al. As Relações entre Saúde e Trabalho dos Agentes de Combate às Endemias da Funasa: a perspectiva dos trabalhadores. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 21, n. 4, p. 858-870, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a06.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

GUIMARÃES, Maria Sortênia Alves. **Perfil e ações dos Agentes Comunitários de Saúde para promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no município de Palmas – TO**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB. 2014. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17795/1/2014\\_MariaSorteniaAlvesGuimaraes.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17795/1/2014_MariaSorteniaAlvesGuimaraes.pdf)>. Acesso em: 27 fev. 2017.

IMBRIZI, Jaqueline Maria, et al. Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com Agentes Comunitários de Saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2012, vol. 15, n. 1, p. 153-169. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v15n1/v15n1a11.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

JORGE, M. S. B. et al. Concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre sua prática no Programa de Saúde da Família. **Revista APS**, v.10, n.2, p. 128-136,

jul./dez. 2007. Disponível em:

<<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/05concepcao.pdf>> Acesso em: 13 mar. 2017.

KHAN, M., et al. Can trained field Community Workers identify stroke using a stroke symptom questionnaire as well as neurologists?: Adaptation and Validation of a Community worker administered stroke symptom questionnaire in a peri-urban Pakistani community. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: The Official Journal of National Stroke Association**, 24(1), 91–99. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4277727/?tool=pubmed>> Acesso em 05 de março de 2017. Não paginado.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo, et al. Contexto da rede de relações e interações do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enferm.** 2013 Jul/Set; 18(3):439-45. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000500024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500024)> Acesso em: 05 mar. 2017.

LASTE, Gabriela. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(5):1305-1312, 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000500024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500024)>. Acesso em: 05 mar. 2017. Não paginado.

LESSA, Maria das Graças Guerra. **O Agente Comunitário de Saúde em Fortaleza: vivências profissionais.** Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas e Sociedade. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2013. 99f. Disponível em:

<[http://uece.br/politicasuece/dmdocuments/Maria\\_das\\_Gra%C3%A7as\\_Guerra\\_Lessa.pdf](http://uece.br/politicasuece/dmdocuments/Maria_das_Gra%C3%A7as_Guerra_Lessa.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

LIMA-CAMARA, Tamara Nunes. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2016. Disponível em:

<[http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v50/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006791.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006791.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2017.

MACHIN Rosana, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva** vol.16, nº. 11. Rio de Janeiro. Nov. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001200023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200023)>. Acesso em: 04 mar. 2017. Não paginado.

MALTA, Deborah Carvalho, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(2): 327-338, 2016. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>> Acesso em: 05 de abril de 2017.

MATTHEW J. O'Brien, et al. Community Health Worker Intervention to Decrease Cervical Cancer Disparities in Hispanic Women. **Community Health Workers and Health Disparities**. 2010. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2947642/>>. Acesso em: 05 mar. 2017. Não paginado.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. **Organização Pan-Americana da Saúde**, Brasília - 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

MENDES, Isabel Amélia Costa, et al. A REBEn no contexto da história da enfermagem brasileira: a importância da memória de D<sup>a</sup> Glete de Alcântara. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 55, n. 3, p. 270-274, 2002. Disponível em: <<http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/artigo128fin.htm>>. Acesso em: 04 mar. 2017. Não paginado.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 119 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_05a.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf)> Acesso em: 01 mar. 2017.

MIRANDA, Cristina Maria Loyola. **O risco e o bordado**: um estudo sobre a formação da identidade profissional. Rio de Janeiro; EEAN/UFRJ; 1996. 209 p.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. A crescente escolarização do Agente Comunitário de Saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-248, jul./out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a04v8n2.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

MOURA, Marcoeli Silva. et al. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 1): 1487-1495, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700061](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700061)>. Acesso em: 04 mar. 2017. Não paginado.

MOUSSE, Juliana de Oliveira, et al. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2): 525-536, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000200525](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200525)>. Acesso em: 05 mar. 2017. Não paginado.

NUNES. Monica Oliveira. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (6): 1639-1646, nov-dez, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2017.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos, PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** 2013; 66 (esp):158-64. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Relatório Mundial de Saúde 2008.** Atenção Primária em Saúde - Agora Mais do Que Nunca. OMS, 2008. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31\\_03\\_2010\\_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31_03_2010_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf)>. Acesso em: 3 mar. 2017.

PERRY, Henry. A Brief History of Community Health Worker Programs. **Developing and Strengthening Community Health Worker Programs at Scale: A Reference Guide and Case Studies for Program Managers and Policymakers**, USAID, MCHIP, 2013. Disponível em: <[http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/02\\_CHW\\_History.pdf](http://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/02_CHW_History.pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2016.

PMS/SMS. Prefeitura Municipal de São Luis. Secretaria Municipal de Saúde. 2014. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** São Luis: SMS/ Prefeitura de São Luís. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarMunicipios.action>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de São Luis. Secretaria Municipal de Saúde. 2014. **Relatório de Gestão - Período de Janeiro a Dezembro de 2013.** São Luis: SMS/ Prefeitura de São Luís. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarMunicipios.action>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de São Luis. Secretaria Municipal de Saúde. 2015. **Relatório de Gestão - Período de janeiro a dezembro de 2014.** São Luis: SMS/ Prefeitura de São Luís. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarMunicipios.action>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de São Luis. Secretaria Municipal de Saúde. 2016. **Relatório de Gestão - período de janeiro a dezembro de 2015.** São Luis: SMS/ Prefeitura de São Luís. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarMunicipios.action>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de São Luis. Secretaria Municipal de Saúde. 2017. **Relatório de Gestão - período de janeiro a dezembro de 2016.** São Luis: SMS/ Prefeitura de São Luís. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarMunicipios.action>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

PRASAD, Banuru Muralidhara, et al. Community health workers: a review of concepts, practice and policy concerns. **A review as part of ongoing research of**

**International Consortium for Research on Equitable Health Systems (CREHS)**, 2007. Disponível em:  
<<https://pdfs.semanticscholar.org/2c61/fe3a28a53087aee94583b6f669b3a4b4825d.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal de; LIMA, Luci Praciano. A Institucionalização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 257-281, jul./out., 2012. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000200005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 3 nov. 2015. Não Paginado.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva, et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(1): 119-127, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0119.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. Dissertação em Ciências da Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, 2007. 325f. Disponível em:  
<[file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/fatimaapribeiro%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/fatimaapribeiro%20(1).pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2017.

ROSA, Alcindo José; BONFANTI, Ana Letícia; CARVALHO, Cíntia de Sousa. O Sofrimento Psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e Suas Relações com o Trabalho. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.1, p.141-152, 2012. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/14.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

SAKATA, Karen Namie. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 200f. Disponível em:  
<<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/KarenNamieSakata.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2017.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA – SAGE. Ministério da Saúde. DAB/SAS/MS. Disponível em: <[sage.saude.gov.br/#](http://sage.saude.gov.br/#)>. Acesso em: 23 mar. 2017.

SANTOS, Karina Tonini dos et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700035](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700035)>. Acesso em: 04 mar. 2017. Não paginado.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, 2001, 10.2: 47-74. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/05.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde. [201?]. Disponível em:  
<[http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal\\_subpagina.asp?site=1265](http://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1265)>. Acesso em: 22 nov. 2015. Não paginado.

SILVA, Thais Lacerda e; DIAS, Elizabeth Costa; RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 859-870, Set. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300019)>. Acesso em: 27 fev. 2017. Não paginado.

SILVA. Joana Azevedo da Silva. DALMASO. Ana Silvia Whitaker. **AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2002. p. 75 a 99.

SOUZA, Heloiza Machado de. **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTREVISTA R**. Bras. Enferm. , Brasília, v. 53, n. especial , p. 7-16, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v53nspe/v53nspea02.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2017.

TEIXEIRA, Carla Costa. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 965-974, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000300018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300018)>. Acesso em: 27 fev. 2017. Não paginado.

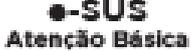
TIBIRIÇÁ Sandra Helena Cerrato, et al. O potencial do cadastro das famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica em saúde, como base para determinação da amostra em pesquisas na área da saúde. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 161-167, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=556351&indexSearch=ID>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

VASCONCELLOS, Natalia de Paula Carneiro; COSTA-VAL, Ricardo. Avaliação da Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde de Lagoa Santa. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 17-28, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/017-028.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

## APÊNDICES



## APÊNDICE B – Cadastro individual

 <b>Atenção Básica</b>	<h1>CADASTRO INDIVIDUAL</h1>	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOUNAF:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cod. CHES UNIDADE*	Cod. EQUIPE (HE)*	MICROÁREA	DATA:*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO	
Nº DO CARTÃO SUS _____	RESPONSÁVEL FAMILIAR É o responsável? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Nº DO CARTÃO SUS _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
NOME COMPLETO:*	
_____	
NOME SOCIAL: _____	DATA DE NASCIMENTO:*/ ____/____/____
SEXO:*	RAÇA / COR:*
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena
Nº MS (PIS/PASEP): _____	
NOME COMPLETO DA MÃE:*	
_____ <input type="checkbox"/> Desconhecido	
NACIONALIDADE:*	PAÍS DE NASCIMENTO:
<input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizada <input type="radio"/> Estrangeira	TELEFONE CELULAR: ( ) _____
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:*	E-MAIL:
_____	

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Cônjuge / Companheira(s) <input type="radio"/> Filho(s) <input type="radio"/> Entead(a) <input type="radio"/> Neto(s) / Neta(s) <input type="radio"/> Pai / Mãe <input type="radio"/> Sogra(s) <input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Genro / Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente	OCUPAÇÃO _____
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (seção CA) <input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Suplêta 1ª a 4ª) <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Suplêta 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Suplêta) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mostra, etc) <input type="radio"/> Nenhum	SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <input type="radio"/> Empregado <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Outro
CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS, COM QUEM FICAM? <input type="radio"/> Adulto (responsável) <input type="radio"/> Outros (criança(s)) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Solteira <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro	
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, QUAL? _____	
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(ES)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Mudança de território	

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA Eu _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que esse recuso não implicará no não atendimento na unidade de saúde. _____ Assinatura
---

## APÊNDICE C - Questionário Auto Referido de condições/situação de saúde

### QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? SE SIM, INDIQUE QUAL(S)**
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE AVC / DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, POR QUAL CAUSA?
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(S)** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(S)** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		SE SIM, INDIQUE QUAL(S).
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
1 - QUAL? <input type="text"/> 2 - QUAL? <input type="text"/> 3 - QUAL? <input type="text"/>		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, INDIQUE QUAL(S).
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		SE SIM, INDIQUE QUAL(S)** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha  Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

\* Campo Obrigatório

\*\* Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior

**APÊNDICE D** - Artigo a ser submetido na Panamericana de Salud Pública

## **Análise das características sociodemográficas e de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde de São Luís**

Analysis of the sociodemographic and health characteristics of the Community Health Worker of São Luís

Jamesson Ferreira Leite Junior<sup>1</sup>

Humberto de Oliveira Serra<sup>2</sup>, Carlos Leonardo Cunha<sup>3</sup>, Maria Nilza Lima Medeiros<sup>4</sup>, Dagolberto Calazans Araújo Pereira<sup>5</sup>,

### **RESUMO**

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) aproxima os serviços de saúde à população, agregando conhecimentos técnicos em saúde, além de habilidades sociais, por meio de acompanhamento às residências da sua área adstrita. A quantidade de usuários a serem acompanhados por ele é calculada a partir de dados populacionais, independente das suas condições físicas, sociodemográficas e de saúde para atendê-los. O objetivo geral desse estudo foi conhecer o perfil do ACS no Município de São Luís - MA, tendo os seguintes objetivos específicos: Conhecer o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população de estudo; Caracterizar o perfil epidemiológico; Conhecer as condições de moradia dos participantes da pesquisa; Identificar as condições de saúde (hábitos de vida e doenças prevalentes) na população de estudo. Trata-se de um estudo descritivo. A pesquisa foi realizada em julho de 2016, no município de São Luís do Maranhão, contemplando 201 participantes selecionados a partir de sorteio do Cartão Nacional de Saúde (CNS). Para instrumento de coleta, foram utilizadas fichas do sistema e-SUS, como questionários autoaplicáveis. Os questionários foram entregues ao final dos treinamentos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). A maioria dos entrevistados é do sexo feminino 93,53%, na faixa etária de 45 a 59

---

<sup>1</sup> Psicólogo – Mestrando em Gestão de Programas e Serviços de Saúde – Ceuma – [jjpsi@hotmail.com](mailto:jjpsi@hotmail.com)

<sup>2</sup> Médico – Doutor em Saúde Pública – UFMA – [hoserra@gmail.com](mailto:hoserra@gmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeiro – Doutor em Saúde Coletiva – Faculdade Laboro – [leocunhama@gmail.com](mailto:leocunhama@gmail.com)

<sup>4</sup> Médica – Doutora em Saúde Coletiva – Ceuma – [nilzamedeiros@hotmail.com](mailto:nilzamedeiros@hotmail.com)

<sup>5</sup> Engenheiro sanitário – Pós Doutor em Saúde Pública – Ceuma – [dagolberto@gmail.com](mailto:dagolberto@gmail.com)

anos (52,22%), residentes na zona urbana (87,31%), com escolaridade de ensino médio 62,05% e com ensino superior com 25,64%. Dentre as mulheres, ensino médio com 64,3% sendo seguido pelo nível superior com 23,1%. Conhecer e compreender a formação do Agente Comunitário de Saúde, assim como suas características sócio-demográficas, pode servir de base para o desenvolvimento de ações de educação permanente e materiais institucionais com linguagem adequada ao público, outro setor que deve estar atento é a coordenação municipal de atenção básica, quanto à análise dos resultados destes profissionais e as expectativas depositadas pela gestão neste profissional.

Palavras-chaves: Agente Comunitário de Saúde, escolaridade, atenção básica em saúde.

### **ABSTRACT**

The Community Health Worker (ACS) brings the health services closer to the population, adding technical knowledge in health, as well as social skills, by means of monitoring the residences in their assigned area. The number of users to be followed by it is calculated from population data, regardless of their physical, health and schooling conditions to serve them. The general objective of this study was to verify the profile of CHW in the city of. With the following specific objectives: to know the level of schooling; characterize the socioeconomic profile and health; and identify more prevalent pathologies. It is a cross-sectional, observational and descriptive study. The research was conducted in July 2016, in the city of São Luís do Maranhão, with the class of ACSs, including 201 participants selected from the draw of the National Health Card (CNS). For the collection instrument, e-SUS system sheets were used as self-administered questionnaires. The questionnaires were delivered at the end of the training sessions carried out by the Municipal Health Department (SEMUS). The majority of respondents are female 93.53%, and in the age group 45-59 (52.22%), urban residents (87.31%), high school 62.05% and with higher education with 25.64%. Among women, high school with 64.3% being followed by the upper level with 23.1%. Knowing and understanding the formation of the Community Health Agent, as well as their socio-demographic characteristics, can serve as a basis for the development of permanent education actions and institutional materials with language appropriate to the public, another sector that

must be attentive is the municipal coordination of basic attention, regarding the analysis of the results of these professionals and the expectations deposited by the management in this professional.

Keywords: Community Health Worker, schooling, primary health care.

## INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde – ACS, têm seu início no Brasil, na década de 1990, e legitimação em 1994 com a lei portaria GM/MS 692, de 25 de março de 1994. Sendo que o detalhamento das atividades e o reconhecimento como categoria profissional devidamente reconhecida em somente em 2006<sup>4</sup>, ao apresentar critérios mais detalhados para sua atuação como: residir na área que atua (acompanha) e ter escolaridade de ensino fundamental completo. No entanto, o detalhamento de suas atividades, de forma clara e incentivando sua atuação em equipe, ocorreu na primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica<sup>4</sup> e depois revogada pela segunda versão desta política em 2011, a qual ressaltou a importância do acompanhamento dos usuários da sua microárea e a necessidade dos registros das suas ações.<sup>5</sup>

A construção desta caminhada foi marcada por movimentos sociais e trabalhistas, devido às suas características muito peculiares da atuação deste personagem na atenção primária em saúde, posto que, sua função criada a partir do Sistema Único de Saúde – SUS, para atender a necessidade de aproximar e traduzir os serviços de saúde à população atendida e combater uma epidemia. Desta forma, o ACS tem como perspectiva o fortalecimento do vínculo com os usuários, haja visto, que lhe é exigido por lei, morar na comunidade e exercer figura de liderança, e facilitar o diálogo entre os usuários e os serviços de saúde, como estratégia de possui maior influência nas suas orientações durante as visitas domiciliares. Por isso, observa-se que além do conhecimento técnico, são requeridas de forma implícita um repertório de conhecimentos e habilidades sociais, referentes à sua comunidade, assim como a vivência de compartilhar os mesmos desafios e contextos sociais da sua localidade.<sup>29</sup>

Esta forma de agir, fortalece o direito de acesso universal e gratuito ao SUS, ampliando assim o potencial de resolutividade da Estratégia de Saúde da Família,

através da qualidade da comunicação, de um relacionamento mais próximo e qualificado, da comunidade na qual unidade básica de saúde está localizada.<sup>29</sup>

Nesta função, carrega a responsabilidade de conhecer o funcionamento dos serviços e de conseguir transmitir de forma didática não somente orientações comportamentos saudáveis, mas também sobre o funcionamento do sistema de saúde, adequando este conhecimento à capacidade de compreensão dos usuários. Ou seja, tem-se uma atribuição não especificada de atuar como um tradutor entre a língua técnica da saúde e a língua social dos usuários.<sup>15</sup>

Partindo das atribuições apresentadas surge a discussão quanto à formação, competências e habilidades destes ACS para obter êxito naquilo que é esperado. Outra dimensão que também se apresenta a este profissional, é a necessidade de lidar com demandas sociais, visto que é frequente que as famílias acompanhadas estejam em quadro de carências e vulnerabilidades. Desta forma o ACS, além de cuidador, educador, também é morador e usuário do sistema no qual trabalha, podendo compartilhar também o mesmo contexto social e econômico do seu território acompanhado. Esta multiplicidade de atividades e atribuições possibilitam que haja uma maior “porosidade” entre ele e os demais habitantes da comunidade, na medida em que as semelhanças entre o conceito de usuário e profissional de saúde são reduzidas.<sup>24</sup>

Atualmente, no Brasil, as regiões norte e nordeste apresentam cobertura de ACS, entre 76% a 100%, fazendo um contraste com as regiões que possuem menor cobertura são as regiões sul e sudeste.<sup>27</sup>

Em cenário nacional, o Maranhão é o quinto estado, com maior cobertura populacional de ACS (86,88%), com 14868 registrados no CNES, atuando nos 217 municípios do Estado, válido destacar dentre os 5 estados com maiores percentuais de cobertura de ACS, 4 estão da região nordeste.<sup>27</sup>

Esta maior concentração de ACS no norte e nordeste do Brasil, possui raízes históricas e sociais, devido a justificava da criação destes profissionais para combater uma epidemia de cólera. No entanto também podemos questionar referente às similaridades das mazelas sociais das comunidades onde ocorreu esta epidemia, e as estratégias focadas em ações de prevenção.<sup>29</sup>

Na capital do Estado do Maranhão, São Luís, com 1.082. 935 habitantes, apresenta cobertura de atenção básica de 42, 96%, sendo que de saúde da família 36%, com 108 equipes de saúde, e 31,97% cobertura de ACS, a penúltima, (797

ACS). Considerando a possibilidade de ampliação de equipes de acordo com a população do município, podendo expandir o número de ACS até 2.661, para obter 100% de cobertura, revelando um déficit de 1864 ACS, mais do que o dobro do que o total atual.<sup>8</sup>

Este total de ACS atua em 7 distritos sanitários de São Luís, nos quais estão localizadas as 56 unidades básicas de saúde – UBS, sendo que 54 delas possuem equipes de Estratégias de Saúde da Família.<sup>28</sup>

Atuar como profissional de saúde, diante de um cenário desafiador, no qual a reduzida cobertura de serviços de atenção primária em saúde, pode proporcionar ao Agente Comunitário de Saúde um conjunto de exigências não somente técnicas, quanto físicas e até relacionais.

Diante disso a pesquisa foi desenvolvida tendo como objetivo conhecer características sociodemográficas e de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde de São Luís.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo, realizado nas Unidades Básicas de Saúde dos sete distritos de Saúde de São Luís (MA), com o período coleta de junho a dezembro de 2016, com Agentes Comunitários de Saúde registrados no CNES e atuantes no município de São Luís.

Os entrevistados trabalhavam no município de São Luís (MA), devidamente cadastrados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – CNES. E não houve registro de desistência durante a pesquisa.

Para cálculo da amostra considerou-se um erro de 5% a partir de um universo conhecido de 822 Agentes Comunitários de Saúde de São Luís, o cálculo definiu amostra de 263 indivíduos. Para seleção do quantitativo realizou-se sorteio por meio de programa computacional a partir da relação completa dos 822 ACS cadastrados no CNES e trabalhando no município de São Luís. Somente 201 Agentes Comunitários de Saúde responderam aos questionários aplicados.

A coleta dos dados foi realizada por meio de questionário questionários autoaplicáveis. A divulgação do processo de coleta de dados foi realizada em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e com o Sindicato dos Agentes de Comunitários de Saúde (SINDACS).

O questionário aplicado na pesquisa, foi o Cadastro Individual do e-SUS AB, já utilizado pelos Agentes Comunitários de Saúde, para cadastramento dos usuários

do território de abrangência das equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2015). Os questionários foram entregues aos ACS juntamente com o Termo de Consentimento Livre esclarecido – TCLE, sendo que não foi estipulado tempo mínimo ou máximo para preencher as respostas dos questionários. A aplicação dos questionários foi realizada em grupos de ACS, em locais públicos devidamente anunciados por convites.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa STATA versão 12.0. Para avaliar a normalidade das variáveis numéricas foi utilizado o teste de Shapiro- Wilk. Em relação as variáveis quantitativas que apresentaram distribuição normal (teste Shapiro-Wilk  $> 0,05$ ), utilizou-se a média como medida de tendência central e o desvio padrão como medida de dispersão. Aquelas que não apresentaram distribuição normal (teste Shapiro-Wilk  $< 0,05$ ), foi utilizado a mediana como medida de tendência central, e a diferença interquartil como medida de dispersão. As variáveis qualitativas foram expressas em proporção.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade CEUMA para apreciação e obteve aprovação segundo parecer consubstanciado e foi aprovado segundo nº1.189.496 e CAAE nº 47855515.8.0000.5084 no dia 24/09/2015. Para todos os sujeitos da pesquisa foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A construção do TCLE obedeceu aos critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde

## **RESULTADOS**

A tabela 01 apresenta da distribuição das variáveis sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde de São Luís, na qual podemos observar que 188 (93,53%) são do sexo feminino, 122 (60,70%) de cor parda, 121 (60,20%) com escolaridade de ensino médio, média de idade de 48 anos, 172 (86%) residem na zona urbana;

Quanto à naturalidade, 183 (91,04) são maranhenses; 85 (42,29%) nasceram em São Luís e 113 (56,22%) em outras cidades. Quanto ao vínculo trabalhístico: 173 (86,07%) são assalariados com carteira de trabalho. 171 (85,07%) são responsáveis por suas famílias, 169 (84,08%) não possuem plano de saúde

privado. Em relação à comunidade nas quais habitam, 87 (43,28%) não participaram de grupos comunitários e 79 (39,30%) participam.

**Tabela 1 – Variáveis sócio-demográficas dos Agentes Comunitários de Saúde de São Luís (MA), 2017**

Sexo	n	%
Feminino	188	93,53
Masculino	13	6,47
Raça/etnia	n	%
Branca	33	16,42
Preta	33	16,42
Parda	122	60,70
Amarela	2	1,00
não respondeu	11	5,47
Escolaridade	n	%
Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	2	1,00
Ensino Fundamental Completo	8	3,98
Ensino Fundamental Especial	2	1,00
Ensino Fundamental EJA séries finais, supletivo	3	1,49
Ensino Médio, Médio 2º Ciclo	121	60,20
Ensino Médio Especial	8	3,98
Superior, Aperfeiçoamento, Espec. Mestr	50	24,88
não respondeu	7	3,48

Na tabela 02 referente às condições de saúde, observa-se se consideram como acima do peso 89 (44,28%), Nos itens referentes ao uso de drogas (lícitas e ilícitas), não houve resposta positiva para outras drogas, somente fumam 3 (1,49%) e fazem uso de álcool 22 (10,95%).

No que se refere às doenças crônicas, afirmaram serem hipertensos 50 (24,88%), com diabetes mellitus 17 (8,46%), já tiveram algum tipo de derrame/AVC 2 (1%), infarto 3 (1,49%), doença cardíaca 1 (0,5%) e doença renal 1 (0,50%).

Não houve respostas positivas para hanseníase, tuberculose e câncer. E estiveram internados nos últimos 12 meses 15 (7,46%). E fazem tratamento psiquiátrico ou de saúde mental 4 (1,99%).

Em relação a outras condições de saúde foram obtidas 90 respostas, das quais responderam Problemas osteoarticulares 52 (57,78%), outras condições de saúde 29 (32,22%) e Arboviroses como Zika e Chikungunya 9 (10%).

**Tabela 02** – Condições de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde de São Luís (MA), 2017

Percepção sobre seu peso	n	%
Peso adequado	95	47,26
Acima do peso	89	44,28
Não respondeu	11	5,47
Abaixo do peso	6	2,99
Está fumante?	n	%
Não	194	96,52
Não respondeu	4	1,99
Sim	3	1,49
Faz uso de álcool?	n	%
Não	174	86,57
Sim	22	10,95
Não respondeu	5	2,49
Faz uso de outras drogas?	n	%
Não	197	98,01
Não respondeu	4	1,99
Sim	0	0,00
Tem Hipertensão arterial?	n	%
Não	146	72,64
Sim	50	24,88
Não respondeu	5	2,49
Tem diabetes mellitus?	n	%
Não	181	90,05
Sim	17	8,46
Não respondeu	3	1,49
Teve AVC/derrame?	n	%
Não	193	96,02
Não respondeu	6	2,99
Sim	2	1,00

<b>Teve infarto?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	192	95,52
Não respondeu	6	2,99
Sim	3	1,49
<b>Tem doença cardíaca?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	183	91,04
Não respondeu	11	5,47
Não sabe	4	1,99
Insuficiência cardíaca	2	1,00
Outro	1	0,50
<b>Tem doença renal?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	179	89,05
Não respondeu	11	5,47
Outro	7	3,48
Não sabe	3	1,49
Insuficiência renal	1	0,50
<b>Tem ou teve câncer?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	194	96,52
Não respondeu	7	3,48
Sim	0	0,00
<b>Está com hanseníase</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	194	96,52
Não respondeu	7	3,48
Sim	0	0,00
<b>Está com tuberculose</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	194	96,52
Não respondeu	7	3,48
Sim	0	0,00
<b>Internação nos últimos 12 meses?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	179	89,05
Sim	15	7,46
Não respondeu	7	3,48
<b>Fez ou faz tratamento com psiquiatra ou teve internação por problema de saúde mental?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>

Não	190	94,53
Não respondeu	7	3,48
Sim	4	1,99
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

---

## DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos revelados na pesquisa encontram similaridade com as pesquisas no que diz respeito à experiência de Agentes Comunitários de Saúde em outros países.<sup>19</sup> No Brasil os mesmos resultados foram constatados nas pesquisas dos autores<sup>2, 30,20.</sup>

Quanto à predominância do sexo feminino, pode ser considerada como consequência de conceito social de “feminização” do cuidado a usuários e suas famílias, também presente em outras profissões como a enfermagem, na qual, a tarefa do cuidar seria uma responsabilidade direcionada exclusivamente às mulheres, fato já observado no exemplo das experiências das exigências dos manuais às Visitadoras Sanitárias da Fundação SESP.<sup>8,19</sup>

No que diz respeito à escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde, no qual foi evidenciado maior percentual das respostas para nível médio, atende e até supera o requisito mínimo do que é exigido na legislação quanto ao nível mínimo para atuar como ACS, na qual é indicado ter ensino fundamental e ter cursado um curso introdutório ou formação para atuar na área.<sup>6</sup>

No entanto o perfil do ACS vem apresentando mudanças quanto à escolaridade, devido às novas exigências e quantidade gama de atividades/atribuições deste profissional, tem se observado que uma busca por uma melhor escolarização e por cursos técnicos para os Agentes Comunitários de Saúde, no entanto a oferta desta qualificação é realizada somente em 36 Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). Também foi observado que já existem ACS cursando nível superior, como reflexo deste processo por uma melhor qualificação e crescimento profissional, mas ainda enfrenta desafios, pois é uma classe profissional que foi criada unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, e encontra reduzidas ofertas de qualificação e apresenta uma queixa relacionada de baixa remuneração diante da responsabilidade e das atividades exercidas.<sup>20</sup>

A importância do conhecimento da escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde está diretamente relacionada com as suas competências para realização das

suas atividades e o impacto de suas ações na comunidade atendida e nos dados produzidos, por isso uma variedade de pesquisas tem sido desenvolvidas tendo em vista a compreensão que o nível de escolaridade deste público, que apresenta maior percentual para nível médio, ou seja, entre 10 a 12 anos de estudo, requer o investimento em treinamentos na saúde, para que possam ser obtidos resultados conforme o esperado.<sup>22</sup>

Esta temática não está somente restrita ao Brasil, mas também é observada em países que adotaram a estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, como forma de expansão dos serviços de saúde, envolvendo experiências de utilização dos ACS como habilidade de detecção de alguns sintomas de doenças específicas durante as visitas domiciliares, assim como as orientações fornecidas para públicos específicos.<sup>12, 13,15,16</sup>

No que se refere às condições de saúde evidenciou-se que os participantes relataram questões sobre o sistema circulatório e doenças crônicas, com destaque para hipertensão arterial e diabetes *Mellitus*. Também foram registradas respostas quanto às doenças osteoarticulares (dores de coluna, artrose e *Chikungunya*). Quando analisados os resultados obtidos com as prevalências de hipertensão arterial (13,6%) e diabetes *Mellitus* (5,4%), tendo como referência os valores esperados para o estado do Maranhão, observa-se que os resultados apresentados na pesquisa superam os valores de referência (24,88% de hipertensão arterial e 8,46% para diabetes). Importante ressaltar que os dados coletados não dependiam da comprovação com exames e diagnósticos clínicos, no entanto se destacam por se apresentarem superiores às prevalências esperada os municípios do estado do Maranhão.<sup>11</sup>

Diante da variedade de doenças e condições de saúde que podem gerar danos à produção e à saúde do trabalhador, torna-se necessário a criação de estratégias de gerenciamento destes riscos e promoção de qualidade de vida, dentre elas: exercícios físicos, cinema, a música, a religião e o hábito da leitura, além de realização de reuniões semanais com todos os profissionais das equipes de saúde para discussão das exposições das necessidades da população, bem como propostas de soluções para o cotidiano do trabalho. Sugere-se, também, a realização de investimento em fardamento, Equipamento de Proteção Individual (EPI) e delimitação do horário de atuação.

Dentre as questões osteoarticulares, faz-se necessário o destaque para a *Chikungunya*, que está no grupo das arboviroses emergentes no Brasil, e que geram grandes impactos negativos tanto na sociedade quanto no mercado de trabalho, pois promovem afastamento e incapacitações temporárias dos trabalhadores, além de gerar óbitos. Embasa-se, assim, a importância do investimento em saneamento básico, acesso a água potável e um relacionamento mais estreito entre as vigilâncias entomológicas e epidemiológicas.<sup>9 e 10.</sup>

## **CONCLUSÕES**

O conhecimento das condições sociodemográficas e de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde, podem fundamentar estratégias de saúde do trabalhador, tendo em vista a necessidade de cuidar destes profissionais focando sua qualidade de vida e o desempenho esperado.

Outro ponto importante é a compreensão de que as características esperadas em lei quanto à escolaridade, tem sido superada. Do qual salienta-se a necessidade de linguagem adequada dos treinamentos, para melhor aprendizagem e efetivação do conteúdo trabalhado.

Se faz necessário a ampliação da cobertura dos serviços de atenção primária em saúde, assim como ampliação da cobertura populacional dos Agentes Comunitários de Saúde, por meio de projeto para solicitação novos credenciamentos para novas equipes de saúde, tendo em vista a melhor oferta destes serviços a população. Caso contrário teremos uma população crescente do Município de São Luís, diante de um grupo de profissionais de saúde em processo de envelhecimento, sem cuidados de saúde, com doenças crônicas, o que dificulta a execução satisfatória de suas atividades.

## REFERÊNCIAS

1. ANTUNES, ANDRÉ. Projeto de lei que estabelece atribuições dos ACS e ACE é aprovado em comissão da Câmara. EPSJV/Fiocruz. 26/05/2017. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/projeto-de-lei-que-estabelece-atribuicoes-dos-ac-s-e-ace-e-aprovado-em-comissao>>. Acesso em: 12 de julho de 2017.
  
2. BARALHAS, Marilisa, PEREIRA Maria Alice Ornellas. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2013 mai-jun; 66(3): 358-365. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300009)>. Acesso em: 04 mar. 2017. Não paginado.
  
3. BORNSTEIN, Veja Joana. **O Agente Comunitário de Saúde na mediação de saberes**. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro – RJ, 2007. 243f. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4483/2/281.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.
  
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília, 2006a. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0649\\_28\\_03\\_2006.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0649_28_03_2006.html)>. Acesso em: 12 jun. 2017.
  
5. \_\_\_\_\_. *Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006*. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, 2006b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11350.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2017. Não paginado.
  
6. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

7., \_\_\_\_\_. *Manual do Sistema de Coleta de Dados Simplificada. Versão 2.0. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASÍLIA (2015).*

8. \_\_\_\_\_. *NOTA TÉCNICA DA ATENÇÃO BÁSICA: Brasília, 2017a. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 12 jul. 2017.* 8. FARIA, Lina et al. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, 2006. p. 173-212. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n27/32142.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2017.

9. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20\\_cuidado\\_pessoas%20\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2017

10. BRETAS, Gustavo. O Brasil da Dengue, Zika e Chikungunya. **Revista ENSAIOS & DIÁLOGOS**, 2016, nº 07, p. 22-25. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/site/sites/wp-content/uploads/2016/07/Revista-ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS\\_2\\_Pag-22-a-25.pdf](http://www.abrasco.org.br/site/sites/wp-content/uploads/2016/07/Revista-ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS_2_Pag-22-a-25.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2017.

11. CAMELO, Silvia Helena Henriques; GALON, Tanyse; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Formas de adoecimento pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Estratégias de Gerenciamento. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, dez; 20(esp1): 661-7. 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20nesp1/v20e1a19.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

12. FERREIRA, Virgílio Moraes; RUIZ, Tania. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. **Rev Saúde Pública**; 46(5): 843-49. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000500011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000500011)>. Acesso em: 05 mar. 2017. Não paginado.

13. KHAN, M., et al. Can trained field Community Workers identify stroke using a stroke symptom questionnaire as well as neurologists?: Adaptation and Validation of a Community worker administered stroke symptom questionnaire in a peri-urban Pakistani community. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: The Official Journal of National Stroke Association**, 24(1), 91–99. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4277727/?tool=pubmed>> Acesso em 05 de março de 2017.

14. HERCULANO, Thuany Bento; ALENCAR, Aline de Sousa; FARIAS, Josélia Aquino de; MARTINIANO, Cláudia Santos; UCHÔA, Severina Alice da Costa. **A identidade do agente comunitário de saúde: um elo ou um profissional de fato?**

In: XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2011, São José dos Campos. As Contribuições da Ciência para a Sustentabilidade do Planeta, 2011.

15. LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo, et al. Contexto da rede de relações e interações do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enferm.** 2013 Jul/Set; 18(3):439-45. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000500024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500024)> Acesso em: 05 mar. 2017.

16. LASTE, Gabriela. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(5):1305-1312, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000500024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500024)>. Acesso em: 05 mar. 2017. Não paginado.

17. LIMA-CAMARA, Tamara Nunes. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2016. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v50/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006791.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006791.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2017.

18. MATTHEW J. O'Brien, et al. Community Health Worker Intervention to Decrease Cervical Cancer Disparities in Hispanic Women. **Community Health Workers and Health Disparities.** 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2947642/>>. Acesso em: 05 mar. 2017. Não paginado.

19. MENDES, Isabel Amélia Costa, et al. A REBEn no contexto da história da enfermagem brasileira: a importância da memória de D<sup>a</sup> Gleite de Alcântara. **Rev. Bras. Enferm.**, v.55, n.3, p.270-274, 2002. Disponível em: <<http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/artigo128fin.htm>>. Acesso em: 04 mar. 2017. Não paginado.

20. MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. A crescente escolarização do Agente Comunitário de Saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 229-248, jul./out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a04v8n2.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

21. MOURA, Marcoeli Silva. et al. Perfil e práticas de saúde bucal do agente comunitário de saúde em municípios piauienses de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 1): 1487-1495, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700061](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700061)>. Acesso em: 04 mar. 2017. Não paginado.

22. MOUSSE, Juliana de Oliveira, et al. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2): 525-536, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000200525](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200525)>. Acesso em: 05 mar. 2017. Não paginado.
23. MURALEEDHARAN, VR. PRASSAD, BM. **Community Health Workers: a review of concepts, practice and policy concerns**. HSH – GLOBAL RESOURCE CENTER. Disponível em: <[http://www.hrhresourcecenter.org/hosted\\_docs/CHW\\_Prasad\\_Muraleedharan.pdf](http://www.hrhresourcecenter.org/hosted_docs/CHW_Prasad_Muraleedharan.pdf)>
24. NUNES. Monica Oliveira. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (6): 1639-1646, nov-dez, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13260.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2017.
25. TIBIRIÇÁ Sandra Helena Cerrato, et al. O potencial do cadastro das famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica em saúde, como base para determinação da amostra em pesquisas na área da saúde. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 161-167, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=556351&indexSearch=ID>>. Acesso em: 05 mar. 2017.
26. RIBEIRO, Fátima Aparecida. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. Dissertação em Ciências da Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, 2007. 325f. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/fatimaapribeiro%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/fatimaapribeiro%20(1).pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2017.
27. SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA – SAGE. Ministério da Saúde. DAB/SAS/MS. Disponível em: <[sage.saude.gov.br/#](http://sage.saude.gov.br/#)>. Acesso em: 23 mar. 2017.
28. SÃO LUÍS. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE. SUPERINTENDÊNCIA DE AÇÕES EM SAÚDE. 2017a.
29. SAKATA, Karen Namie. **A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 200f. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/KarenNamieSakata.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2017.
30. SANTOS, Karina Tonini dos et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700035](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700035)>. Acesso em: 04 mar. 2017. Não paginado.

31. SILVA, Thais Lacerda e; DIAS, Elizabeth Costa; RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 859-870, Set. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300019)>. Acesso em: 27 fev. 2017. Não paginado.

**ANEXOS**

**ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**  
**UNIVERSIDADE CEUMA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE PROGRAMAS E**  
**SERVIÇOS DE SAÚDE**

**Pesquisa: O PERFIL DO AGENTE DE SAÚDE SÃO LUIS**

**Dados de identificação do sujeito da pesquisa**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** M ( ) F ( )

**Endereço:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Telefone1:** ( ) \_\_\_\_\_ **Telefone2:** ( ) \_\_\_\_\_

**Unidade Básica de Saúde:** \_\_\_\_\_

**Equipe:** \_\_\_\_\_

**Identificação Nacional da Equipe – (INE):** \_\_\_\_\_

**INTRODUÇÃO:** Não há nenhum perfil publicado do Agente de Saúde de São Luís, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate à Endemias. Desta forma sua colaboração nesta pesquisa ao responder o questionário, ajudará no processo de coleta de informações que irão compor este perfil e que poderá embasar ações de qualificação das ações deste público.

**PROCEDIMENTOS:**

Sua participação consiste na resposta de um questionário disponibilizado num link, o qual será preenchido somente por você. Abrangendo as temáticas: identificação, atividade econômica, condições de saúde, educação permanente.

**RISCOS/DESCONFORTOS:**

Os riscos a esta pesquisa são mínimos. Entretanto você pode sentir receio da resposta as questões pois são referentes a um detalhamento do seu processo de trabalho.

**BENEFÍCIOS:**

O conhecimento do perfil do agente de saúde pode embasar artigos científicos assim como avaliações e planejamentos direcionados às necessidades de investimento deste público, tal como aspectos do processo de trabalho e condições de saúde.

**CONFIDENCIALIDADE:**

Os pesquisadores garantem o sigilo e privacidade das informações fornecidas pelos entrevistados. As informações obtidas serão analisadas de forma agregada, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis para esclarecimentos de eventuais dúvidas. Os principais investigadores são: Jamesson Ferreira Leite Junior, e-mail: jjpsi@hotmail.com, Prof. Dr. Orientador: Prof. Dr. Dagolberto Calazans A. Pereira, e-mail dagolberto@gmail, Prof. Dr Prof. Dr. Humberto Oliveira Serra, e-mail hoserra@gmail.com. Telefone: 98 – 3218 3254.

**DESPEAS E COMPENSAÇÕES**

Não há despesas vinculadas a sua participação nesta pesquisa. Também não há compensação financeiras para quem participar.

**PARTICIPAÇÃO**

A participação neste estudo é voluntária. É garantida a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar deste estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo.

Eu li, entendi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido acima descrito, e concordo voluntariamente em participar deste estudo.

São Luís – MA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG:

**ANEXO B – Guia de Distritos – São Luís****Guia de Distritos****DISTRITO BEQUIMÃO**

1. Hospital da Criança. 3212.8422 / 3212.8412
2. U. M. Bequimão. 3212.8700/8701/8704
3. Centro de Esp. Odontológica – CEO Alemanha – 3249.3045
4. U. S. F. Amar. 3236.6399
5. C. S. Radional. 3271.8372 / 3249.3835

**DISTRITO COHAB**

1. Socorrinho I 3238.5786 / 3238.5961
2. P. S. Anil. 3212.8800 / 3259.9652
3. C. S. Cohab I.3245 2714 /3225 90-72
4. C. S. Salomão Fiquene( Cohatrac.) 3239.7572 / 3238.4129
5. C. S. Djalma Marques -TURU 3212.3406
6. CTA - Anil. 3245-9853 / 3212.8805
7. C. S. Cohab II 3212.8913
8. U. S. F. Turu II 3248.0349 / 3233.3804 / 3212.5181

**DISTRITO COROADINHO**

1. U. M. Coroadinho 3212.8402
  2. U. S. F. João Paulo
  3. 3271.7775
  4. C. S.Carlos M
2. acieira 3243.2223
  5. C. S. Fátima 3243.2787/3243.3190/3271.5456
  6. C. S. D.J.A. Farina. 3275.6464
  7. U. S. F. Antonio Guanaré (Coroadinho)
  8. Residência Terapêutica I 3222.9045
  9. C. de Esp. Médicas – CEM Filipino 3214.4613 / 3214.4614
  10. Centro do Idoso-CAISI 3243.2912
  11. CEO Filipino 3214.4614
  12. CAPS 3222.9858

**DISTRITO ITAQUI BACANGA**

1. U. M. Itaqui- Bacanga. 3212.8900 / 3212.8901
2. Hospital da Mulher 3228.2623 / 3228.2457
3. C. S. Embrião – V. Bacanga - 3242.9031
4. SAMU. 3212.8914
5. C. S. Vila Nova. 3242.6583
6. C.S. Yves Parga. 3241.3884
7. U. S. F. Vila Embratel 3212.8913
8. U. S. F. Gapara 3242. 3656
9. C. S. São Raimundo. 3273.1257
10. C. S. Clodomir Pinheiro Costa 3242.5866
11. Projeto Salvamar I, II, II, IV. 3212.8916

**DISTRITO TIRIRICAL**

1. Socorrão II. 3212.2701 / 3212.2702 / 3212.2706
2. U. M. São Bernardo 3212.2804
3. U. S. F. João de Deus 3225.9095
4. U. S. F. Santa Bárbara. 3257.3417
5. U. S. F. São Cristóvão. 3258.8178 / 3212-2759
6. U. S. F. Vila Itamar. 3258.2144 / 3258.1484
7. U. S. F. Pirapora. 3245-5972
8. U. S. F. Jardim São Cristóvão. 3258.8178 / 3212-2759
9. U. S. F. Santa Efigênia. 3212.2728
10. U. S. F. São Bernardo. 3212.2804
11. U. S. F. Nazaré Neiva. 3261.0831
12. U. S. F. Cidade Olímpica I. 3232.5130
13. U. S. F. Cidade Olímpica II. 3257.8765
14. U. S. F. Cidade Olímpica III. 3276.6039
15. U. S. F. Santa Clara. 3257-2026
16. U. S. F. Fabiciana de Moraes. 3234.5373 / 3234.5233
17. U. S. F. Vila Lobão 3241.9285
18. U.S.F. Janaina 3241.7355
19. Zoonoses. 3212.2816

**DISTRITO VILA ESPERANÇA**

1. Mat. Nazira Assub. 3212.2819

2. Centro de Esp. Odontológicas – V. Esperança 3241.9285
3. C.E.M Vila Esperança 3241-8816
4. U. S. F. Itapera. 3241.7960
5. U. S. Laura Vasconcelos. 3241.9754
6. U. S. F. Maracanã. 3241.7604
7. U. S. F. Quebra Pote. 3241.0377 / 3241.1747 3241.2388
8. U. S. F. Pedrinhas I. 3276.0862
9. U. S. F. Pedrinhas II 3241.5231
10. U. S. F. Thalles Ribeiro.3241.9285
11. U. S. F. Tibiri. 3241.7355 / 3241.7030 / 3241.7267
12. U. S. F. Coqueiro 8137 6307
13. U. S. F. Vila Sarney. 3241.1930
14. U. S. F José R. Frazão.(NOVA REPÚBLICA) 3241.5803 / 3241.5711
15. U. S. F. Maria de Lourdes (Rio Grande) 3241.7843.

Fonte: SEMUS [201?].

## ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PERFIL DO AGENTE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS

**Pesquisador:** DAGOLBERTO GALAZANS ARAUJO PEREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 47855515.8.0000.5084

**Instituição Proponente:** CEUMA-ASSOCIAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.189.496

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e observacional em relação ao agente de saúde no município de São Luís. Trata-se de uma pesquisa inédita e inovadora no campo da saúde coletiva. O objetivo desta pesquisa é traçar o perfil do agente de saúde no município de São Luís/MA.

Esta pesquisa envolve como atores, os agentes de saúde que atuam nos 7(sete) distritos de saúde de São Luís. Os dados serão coletados por questionário on line com perguntas fechadas que será disponibilizado na internet.

**Objetivo da Pesquisa:**

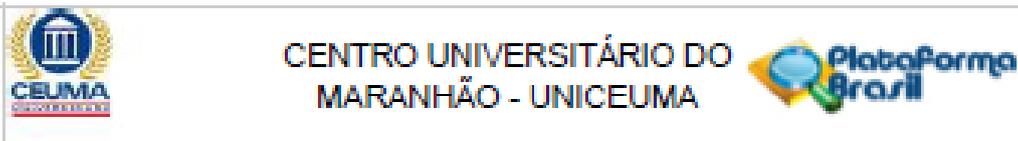
Traçar o Perfil profissional do Agente de Saúde no Município de São Luís – MA

 **Avaliação dos Riscos e Benefícios:****Riscos:**

Deslocamento do pesquisador para a coleta de dados in loco junto às unidades básicas de saúde; Interrupção da pesquisa devido a tomadas de decisões políticas da gestão; Questões éticas envolvendo os participantes da pesquisa ao relatarem itens referentes a condições e processos de trabalho.

**Benefícios:**

Endereço: DOS CASTANHEIROS  
 Bairro: JARDIM RENASCENÇA CEP: 65.075-120  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)3214-0268 Fax: (98)3214-4212 E-mail: cep@ceuma.br



Continuação do Parecer: 1.109-690

1, Pesquisa inédita e inovadora que pode subsidiar estratégias de qualificação/ educação permanente dos participantes da pesquisa;2.  
Desenvolvimento de propostas de controle de resultados e ampliação da resolutividade das ações da atenção básica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta relevância científica e certamente contribuirá para esclarecer pontos importantes a respeito do tema. A metodologia é adequada aos objetivos propostos e a equipe executora encontra-se capacitada para executar a pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados corretamente preenchidos.

**Recomendações:**

Nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	perfil novo ACS E AGE - PROJETO NORMALIZADO.pdf	04/07/2015 17:10:28		Acelto
Outros	carta de encaminhado do projeto .docx	04/07/2015 17:17:56		Acelto
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	modelo de tcie.pdf	04/07/2015 17:43:43		Acelto
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	08/07/2015 00:54:35		Acelto
Outros	Autorização da Secretaria de Estado da Saúde pesquisa perfil do agente de	22/07/2015 15:03:55		Acelto

Endereço: DOS CASTANHEIROS  
Bairro: JARDIM RENASCENÇA CEP: 65.075-120  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)3214-0265 Fax: (98)3214-0212 E-mail: cep@ceuma.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO  
MARANHÃO - UNICEUMA



Continuação do Parecer: 1.188.498

Outros	saude.pdf	22/07/2015 15:03:55		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_549786.pdf	22/07/2015 15:05:55		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 24 de Agosto de 2015

---

Assinado por:  
Eduardo Durans Figuerêdo  
(Coordenador)

Endereço: DOS CASTANHEIROS  
Bairro: JARDIM RENASCENÇA CEP: 65.075-120  
UF: MA Município: SAO LUIS  
Telefone: (98)3214-0285 Fax: (98)3214-0212 E-mail: cep@ceuma.br

## ANEXO D – Comprovante de Submissão.



**Análise das características sociodemográficas e de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde de São Luís**

Journal:	<i>Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health</i>
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Original Research
DeCS Keywords </b></b>At the bottom of this page, you will be required to confirm that the words you provide here conform to the DeCS standards outlined at DeCS (<a href=http://decs.bvs.br target= new>http://decs.bvs.br</a> )	Community Health Worker, primary health care, health conditions
Subject List:	Health systems and services/Sistemas y servicios de salud, Health services or systems administration/Gestión de servicios y sistemas de salud, Pharmacoeconomics/Farmacoeconomía
Language:	Portuguese

SCHOLARONE<sup>®</sup>  
Manuscripts