



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

PALOMA RIBEIRO PIRES SIMAS

**TRABALHO EM SAÚDE: RETRATO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE DO
BRASIL**

Salvador - Bahia

2016

PALOMA RIBEIRO PIRES SIMAS

**TRABALHO EM SAÚDE: RETRATO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE DO
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária - Área de Concentração em Planificação e Gestão em Saúde.

Orientadora: Professora Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto

Salvador-Bahia

2016

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S588t Simas, Paloma Ribeiro Pires.

Trabalho em saúde: retrato dos Agentes Comunitários de Saúde da Região Nordeste do Brasil / Paloma Ribeiro Pires Simas. -- Salvador: P.R.P.Simas, 2016.

113 f.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Condições de Trabalho. 4. Trabalho em Saúde. 5. Precarização do Trabalho. 6. Gestão do trabalho. I. Título.

CDU 331:614.2



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

PALOMA RIBEIRO PIRES SIMAS

Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde na Região Nordeste do Brasil.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 16 de junho de 2016

Banca Examinadora:



Profa. Isabela Cardoso de Matos Pinto – ISC/UFBA



Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – ISC/UFBA



Profa. Tania Cristina França da Silva – UERJ

**Salvador
2016**

GRATIDÃO

A Deus, pelo milagre da vida, e presença constante que me fez perseverar e não desistir nos momentos de dificuldade ao longo da minha caminhada.

Ao meu pai, José Luís pela sua dedicação incondicional e ensinamentos que me tornam a cada dia uma pessoa melhor.

A minha mãe, Walquiria meu porto seguro, pelo seu amor, seus conselhos e seu carinho principalmente nos momentos de angústia e fraqueza durante a minha caminhada.

A minha irmã Poliana, pelo apoio e auxílio na revisão dos abstracts.

A minha madrinha Elisabete pela acolhida ao longo desses 6 anos, contribuindo para minha formação acadêmica.

A minha querida orientadora, Isabela por ter me acolhido carinhosamente como sua orientanda, pela sua compreensão, generosidade, inspiração, pelos ensinamentos e contribuições valorosos durante a minha trajetória acadêmica e profissional.

Aos mestres pelos valorosos ensinamentos.

Aos colegas do mestrado pela convivência diária.

Ao meu querido Rafael Abraão pelo apoio, compreensão e carinho nos momentos de impaciência.

As companheiras de trabalho do Projeto Avaliação do Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do Brasil pelas colaborações, convivência diária e parceria durante a minha caminhada.

A amiga Michele pelas importantes contribuições e auxílio com o banco de dados.

A toda equipe de entrevistadores e supervisores de campo pelo interesse, competência e dedicação durante a realização da pesquisa.

As amigas Vanessa, Gabriela, Poliana, Anne, Michele pelas conversas e momentos de descontração.

Aos gestores dos municípios que concordaram em participar do estudo.

Aos agentes comunitários de saúde pela acolhida em seu espaço de trabalho com simplicidade e disponibilidade em contribuir com o estudo.

Aos funcionários da Pós-Graduação, em especial Nunce e Bia pela atenção as minhas demandas acadêmicas durante todo o curso do Mestrado.

Aos demais funcionários do ISC, que com suas competências e habilidades, colaboram para que todos nós tenhamos um ambiente de trabalho agradável e acolhedor.

A dona Vilma pela suas guloseimas e cafés.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde por financiar este estudo.

A todos (as) que mesmo não citados, contribuíram direta e indiretamente com palavras ou gestos, para a minha trajetória acadêmica e de vida, e que neste dia, celebrarão comigo o encerramento deste importante ciclo.

*“Somos todos anjos de uma só asa,
e só podemos voar
quando nos abraçamos uns aos outros”*

(Fernando Pessoa)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
TRABALHO EM SAÚDE: RETRATO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL	9
RESUMO	10
ABSTRACT	10
1.INTRODUÇÃO	11
2.PROCEDIMENTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS	14
2.1 ELEMENTOS TEÓRICO CONCEITUAIS	14
2.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	18
3.RESULTADOS E DISSCUSSÃO	21
3.1. PERFIL DO ACS	21
3.2. GESTÃO DO TRABALHO	26
3.2.1 MECANISMOS DE CONTRATAÇÃO E REMUNERAÇÃO	26
3.2.2 VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR ACS	31
3.2.3 CONDIÇÕES DE TRABALHO	33
3.3.4 PROCESSOS DE FORMAÇÃO	36
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41
ANEXO A	49
ANEXO B	113

APRESENTAÇÃO

Em 2015, ao ingressar como assistente de pesquisa no projeto “O Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil” me despertou o interesse em estudar os agentes comunitários de saúde. Foi a partir do momento que aconteceu a execução da coleta de dados da pesquisa, experiência que me proporcionou conhecer *in loco* o cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde no território, me chamou atenção, os aspectos relacionados a gestão do trabalho desses profissionais na Região Nordeste. A escolha dessa região levou em consideração o surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1987 no Estado do Ceará, e a relevância desse profissional para o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde no Brasil.

Deste modo, elaborei o presente artigo que consiste na minha dissertação de mestrado intitulada “Trabalho em Saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da Região Nordeste do Brasil” que teve como objetivo caracterizar o perfil e os aspectos relacionados à gestão do trabalho dos agentes comunitários de saúde na Região Nordeste do Brasil, sendo parte dos resultados da pesquisa nacional sobre “O Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil. Como objetivos pretendemos caracterizar o perfil e as questões relacionadas à gestão do trabalho e condições de saúde dos agentes comunitários no Brasil, além de analisar seu papel na consolidação da política de atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Tendo em vista a relevância da temática da gestão do trabalho para o Sistema Único de Saúde, o estudo aponta um conjunto de evidências que contribuem com o debate sobre o processo de trabalho do agente comunitário de saúde, destacando elementos importantes para a formulação de políticas de valorização e desempenho dos trabalhadores, o que consequentemente reflete na qualidade do cuidado a população adscrita.

**TRABALHO EM SAÚDE: RETRATO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

**Paloma Ribeiro Pires Simas
Isabela Cardoso de Matos Pinto**

RESUMO

O objetivo deste estudo consistiu em caracterizar o perfil e os aspectos relacionados à gestão do trabalho dos agentes comunitários de saúde na Região Nordeste do Brasil, a partir das evidências produzidas na pesquisa sobre a avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde (ACS) no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil. Trata-se de um estudo transversal, descritivo que contemplou 535 ACS distribuídos em 107 unidades básicas de saúde da Região Nordeste do Brasil. Os dados foram extraídos de oito blocos de questões referentes ao módulo II do Questionário Percepção dos Agentes Comunitários, correspondendo às seguintes dimensões: Perfil do ACS (dados sociodemográficos, econômico e político); gestão do trabalho (mecanismos de contratação e remuneração, valorização do trabalhador, condições de trabalho e processos de formação) do ACS. Nesse processo investigativo, utilizou-se também a análise documental, como portarias, editais, entre outros. Os resultados apontam que a proporção de agentes comunitários contratados pela administração direta na Região Nordeste é de 63,7%. A forma de inserção dos ACS nos serviços de saúde se deu por concurso público em 61,7%, seguido de seleção pública, com 33,1%. Com relação aos tipos de vínculo, 65,4% dos ACS são servidores estatutários na Região Nordeste. A administração direta é a principal forma de contratação, no entanto novas modalidades, como as fundações de direito público e privado, OSCIPS, OSs e consórcios intermunicipais, constituem alternativas adotadas pelos gestores, produzindo um conjunto de fragilidades provocadas pela flexibilização das relações de trabalho.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Condições de Trabalho; Trabalho em Saúde; Precarização do Trabalho; Gestão do Trabalho.

ABSTRACT

The objective of this study was to characterize the profile and aspects related to management work of community health workers in Northeastern Brazil region from the evidences produced in the research about the evaluation of the profile of community health agents in the consolidation process of primary health in Brazil. This is a cross-sectional study, which included 535 ACS in 107 basic health units in Northeastern Brazil. The data were extracted from eight blocks of questions related to the module II of the Community Agents Perception Questionnaire, corresponding to the following dimensions: Profile ACS (socio-demographic, economic and political data); work management (mechanisms of contracting and remuneration, employee appreciation, working conditions and formation processes) of ACS. We also used the documentary analysis (ordinances, edicts). The results show that the proportion of community workers employed by direct administration in this region of Brazil is 63.7%. The form of integration of ACS in health services was given by public tender 61.7%, followed by public selection 33.1%. Regarding the types of bond, 65.4% of ACS are statutory servants in the Northeast region. The direct administration is the main form of employment, however, new modalities such as the foundations of public and private law, OSCIPS, OSs, and intercity consortiums, are alternatives adopted by managers producing a set of weaknesses caused by flexible labor relations.

Keywords: Community Health Agents; Family; Primary Health Care; Working Conditions; Health Work; Job Insecurity; Work Management.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, no início do século XX o processo de consolidação e implantação do SUS foi marcado pelo reconhecimento do direito universal à saúde garantido na Constituição Federal de 1988. Dentre as mudanças adotadas, a descentralização se constituiu como uma pauta importante na área da saúde principalmente no processo de institucionalização da gestão do SUS no que se refere a elaboração e implementação de estratégias nas esferas de governo (PINTO, et al, 2014)

Dentre essas estratégias, destaca-se a necessidade de uma reordenação do modelo de atenção à saúde, que induziram a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) que passou, a partir de 1997, a ser denominado de Estratégia Saúde da Família, que posteriormente, se constituíram em políticas de saúde de abrangência nacional, tendo a atenção primária à saúde (APS) como eixo norteador e modelo prioritário de reorganização de todo o sistema de saúde do país (MEDINA et al, 2013; AQUINO et al, 2009; VIANA; DAL POZ, 1998).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) configurou-se como a primeira estratégia nacional com o intuito de fortalecer as ações de promoção e prevenção à saúde desenvolvidas tanto no âmbito domiciliar quanto no nível local (ÁVILA, 2011). Sua origem em 1987, se deu a partir de experiências exitosas com mulheres agentes de saúde do Estado do Ceará (ÁVILA, 2011), no entanto, somente em 1991, foi instituído e implementado pelo Ministério da Saúde com o propósito de intervir sobre as altas taxas de mortalidade infantil e materna verificadas na Região Nordeste, e logo foi ampliado para os estados da Região Norte, em situação de emergência sanitária devido à epidemia de cólera. Inicialmente, encontravam-se presentes no PACS ações de intervenção que posteriormente foram incorporadas e continuam a ser desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família (PSF), tais como: a definição de responsabilidade sobre um território e a adscrição de clientela; o enfoque das práticas de saúde na família, e não nos indivíduos; a priorização das ações preventivas diante dos problemas; a integração dos serviços de saúde com a comunidade; o trabalho em equipe multiprofissional e, sobretudo, a presença de um elemento central, peça-chave para o desenvolvimento das ações de saúde: o agente comunitário de saúde - ACS (BRASIL, 1997 a e b; BRASIL, 2011; GOMES et al, 2010).

Esse novo ator social surge no cenário da saúde no Brasil como integrante da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, dispondo de suas atribuições definidas pela

Portaria nº 1.886/1997, que aprova as normas e diretrizes do PACS/PSF. Contudo, somente com a publicação do decreto nº 3.189/1999, as diretrizes para o exercício da atividade do ACS no Brasil são consolidadas. Cabe destacar que a regulamentação da profissão transcorreu apenas em 2002, com a promulgação da Lei nº. 10.507/2002.

Nesse contexto, o ACS destaca-se como um trabalhador *sui generis*, uma vez que trata de um trabalhador com identidade comunitária, sendo o principal mediador entre a comunidade e os profissionais da equipe de saúde (COSTA et al, 2012; TRINDADE et al, 2012; NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em março de 2016, a Região Nordeste contava com 102.655 mil ACS presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados, cobrindo uma população de aproximadamente de 86,7% (BRASIL, 2016). Considera-se que essa realidade revela uma expressiva importância deste profissional tanto para o aumento do acesso aos serviços básicos de saúde (GOMES et al, 2009), quanto para à ampliação da cobertura da estratégia saúde da família em grande parte dos municípios das regiões do país (AQUINO et al, 2013).

No cenário de reorientação do modelo assistencial que desencadeou a reorganização dos serviços de saúde a partir da Atenção Primária à Saúde, diversos estudos já realizados apontam o ACS como elementos nucleares para o desenvolvimento das ações de saúde (FILGUEIRAS, 2011; COSTA, 2013), problematizando suas atribuições (SILVA; DALMASO, 2002;), práticas/processo de trabalho (FERREIRA, 2009; FILGUEIRAS, 2011; GALAVOTE et al 2011, MOROSINI, 2012;), condições de trabalho (URSINE et al, 2010), formação profissional (SILVA, 2009; MOTA; DAVID, 2010; PEDROSA, 2011; MARTELETO; DAVID, 2014; GOUVEA, 2015), condições de saúde (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI; SANTOS; KLUTHCOVSKY; 2007; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010), perfil profissional (SANTOS, 2011; MARZARI; JUNGES; SELLI; 2011; FONSECA; MOROSINI; MENDONÇA, 2013), gestão do trabalho (QUEIROS; LIMA, 2012; CARNEIRO; MARTINS, 2015).

Apesar de serem considerados profissionais importantes para a mudança no modelo de atenção, esses trabalhadores ainda estão submetidos a precarização do trabalho, expressos tanto nas novas modalidades flexíveis de contratação, vínculos, remuneração e inserção quanto nos processos de formação para exercício da profissão de agente comunitário de saúde (MOROSINI, 2010; CARNEIRO; MARTINS, 2015).

Ao longo dos quase 25 anos de constituição e implementação do SUS, e num contexto de luta pela consolidação da Estratégia Saúde da Família enquanto política pública prioritária

para a reorganização da atenção primária no País, diversos aspectos que tangem os ACS precisam ser investigados, com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre esses sujeitos.

A insuficiência de estudos sobre aspectos relacionados a gestão do trabalho dos ACS no Brasil, dificulta a formulação e implementação de políticas voltadas à valorização desses trabalhadores, assim como o fortalecimento da atenção primária à saúde. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil e os aspectos relacionados à gestão do trabalho dos agentes comunitários de saúde na Região Nordeste do Brasil, a partir das evidências produzidas na pesquisa sobre a avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil.

2. PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

2.1 ELEMENTOS TEÓRICOS CONCEITUAIS

Para compreender as características do trabalho dos agentes comunitários de saúde, o presente estudo pauta-se nos conceitos do trabalho, da gestão do trabalho e das condições de trabalho, como elementos essenciais para a reflexão na área de Recursos Humanos em Saúde (VIEIRA, 2008; PINTO et al, 2014). A substituição do termo ‘recursos humanos’ para ‘gestão do trabalho’ ocorreu a partir da reflexão de que os trabalhadores da saúde não são um insumo adicional que se agrega aos recursos financeiros, tecnológicos e de infraestrutura para produzir serviços: são os próprios serviços de saúde (DOMINGUEZ, 2006).

Nesse sentido, Nogueira et al (2004) apontam que as principais questões de recursos humanos que hoje são enfrentadas na gestão do SUS têm uma dupla origem, a saber: a) apareceram como consequência das flexibilidades adotadas pelos gestores, num contexto de afrouxamento das normas de ação do Estado e de declarada falência do modelo burocrático de administração, e b) aparecem em consequência das normas da reforma constitucional no que se refere às formas de vinculação ao setor público, ao ingresso e tipos de carreira, ao sistema de previdência e aos limites de gastos com recursos humanos.

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), considera a Gestão do Trabalho no SUS como “a gestão e gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento” (BRASIL, 2005). Deve ordenar as relações de trabalho, favorecendo condições para a produção de atividades com qualidade, e promovendo melhoria e humanização do atendimento ao usuário do SUS, reconhecimento da força de trabalho do SUS para seu melhor dimensionamento, aproveitamento, distribuição e qualificação. Outras questões como aspectos relacionados à vida funcional do trabalhador, à garantia de condições adequadas de trabalho, à participação dos trabalhadores na formulação de políticas e na criação de espaços de negociação compõem o escopo da gestão do trabalho que dispõe de ferramentas como o Plano de Cargos, Carreiras e Salários; as Mesas de Negociação do Trabalho nos Estados e Municípios e o Programa Desprecariza SUS, que visa à regularização da situação dos vínculos precários dos trabalhadores inseridos no sistema.

Outros autores compreendem a gestão do trabalho em saúde como a dinâmica das relações de trabalho no SUS em que o trabalhador é visto como sujeito e agente transformador

da realidade e não um mero “recurso humano” cumpridor de tarefas definidas em alguma outra instância, não sendo o local de trabalho (MACHADO, 2008; RIZOTTO et al, 2014). Além disso, é também apontada como uma questão que tem merecido atenção tanto por parte da gestão quanto das instituições. Nessa perspectiva, alude o esforço de buscar adequar as necessidades da população usuária e os objetivos institucionais, abrangendo os setores de saúde público e privado na estruturação de uma efetiva política de gestão do trabalho em saúde, que garanta a valorização do trabalho e do profissional de saúde viabilizando o cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (MACHADO, 2008; MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA; 2015; CERCA; DAU, 2012).

O trabalho pode ser compreendido como um processo inerente ao homem, portanto, não pode ser reduzido apenas a uma atividade assalariada ou emprego, mas sim a um conjunto de elementos que abarcam tanto as ideologias quanto as necessidades de vida (ex: sociais, culturais, econômicas) (KOSTER, 2008). Desse modo, a capacidade de recriar-se pelo trabalho move o indivíduo a buscar meios ou modos de vida que sejam capazes de responder às suas necessidades, apontando o trabalho como uma das características centrais da sociedade moderna (FRIGOTTO, 2008; MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015). Para Koster (2008), o trabalho consiste em um meio de prover a vida que está vinculado ao dinheiro e à produtividade, acarretando relações de emprego e fazendo os indivíduos internalizem o dever de trabalhar.

Nesse contexto, evidenciam-se as novas modalidades de contratação e vínculos na administração pública como a flexibilização, terceirização e precarização (PINTO et al, 2013) que se caracterizam na desproteção social, nas formas de contrato por tempo determinado, ocasionando a instabilidade e a vulnerabilidade da condição de emprego aos trabalhadores, emergindo o precariado (NOGUEIRA, et al 2004). Standing (2014, p. 28) define o precariado como “uma nova classe social em formação, que vive uma flexibilidade laboral, desprovida de garantias de mercado de trabalho (“pleno emprego”), vínculo empregatício, segurança no emprego e trabalho, de reprodução de habilidade (através de treinamentos, fazendo uso dos conhecimentos), segurança de renda (renda adequada, estável, protegida) e garantia de representação (possuir voz coletiva no mercado de trabalho).

No Brasil, o cenário da flexibilização das relações de trabalho emerge da Reforma do Estado em 1990, com a descentralização de governo, em que os gestores recorriam a outras formas de contratação como forma de superar as normas jurídicas, como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (VIEIRA, 2008; KOSTER; MACHADO 2012). Nesse sentido, Pierantoni, Varella e França (2004) destacam que a descentralização da gestão não transferiu a

capacidade gestora para os municípios, mas potencializou problemas crônicos desencadeando soluções e arranjos para os gestores municipais face à política de gestão do trabalho.

Sobre esse aspecto, Cordeiro (2001) aponta, como consequências da flexibilização das relações de trabalho no SUS, a insatisfação e diminuição do compromisso público do servidor de saúde, baixa autoestima, fragmentação do trabalho e descontinuidade na prestação de ações de saúde corroborando o cenário da precarização do trabalho.

Compreende-se por trabalho precário os contratos de trabalho que não são regidos pelas leis trabalhistas, reafirmando a desproteção social, instabilidade do vínculo e condições de trabalho vulneráveis aos trabalhadores. Nesse sentido, não se trataria de déficit de proteção social, mas de um ato administrativo que contraria frontalmente o princípio da legalidade (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA; 2015; NOGUEIRA et al, 2004).

Nessa perspectiva, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, 2007) destaca como formas de contratação indireta realizadas pelos gestores a (s): 1) Terceirização - administrada por um agente externo, enquanto o comando do processo de trabalho continua na alçada do contratante na rede própria do SUS; 2) Cooperativas - são apenas fornecedoras de trabalho na prestação de serviços de saúde e as cooperativas que são “gerenciadoras”, ou seja, que não só fornecem força de trabalho, mas assumem a gestão de uma ou mais unidade de saúde da rede do SUS; 3) Organizações Sociais (OS) - entes públicos não-estatais, sem fins lucrativos, que podem ser de direito público ou privado, sendo criados para absorver atividades estatais “publicizáveis”, isto é, retiradas da administração direta, e administrar bens e equipamentos do Estado. Executam atividades de interesse público, mas não de competência exclusiva do Estado, no ensino, na pesquisa científica e no desenvolvimento tecnológico, na proteção e preservação do meio ambiente, na cultura e na saúde; 4) Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) - criadas por iniciativa privada, obtêm um certificado emitido pelo poder público ao comprovar o cumprimento de certos requisitos, especialmente aqueles derivados de normas de transparência administrativas. Em contrapartida, podem celebrar com o poder público os chamados termos de parceria, uma alternativa interessante aos convênios para ter maior agilidade e razoabilidade em prestar contas. Pode ser descrita como uma organização não-governamental (ONG); 5) Fundações e Entidades Filantrópicas – são as entidades privadas filantrópicas e as demais que não tenham fins lucrativos; são parceiras do SUS e essas entidades privadas podem participar tanto em convênios de delegação completa de serviços para atendimento a pacientes quanto na terceirização exclusiva de força de trabalho a favor de programas como o PSF. Para ser reconhecida como filantrópica, a entidade tem de se submeter

à apreciação e ao julgamento do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), obtendo um título renovável a cada três anos.

Koster (2008) aponta a ilegalidade do trabalho na administração pública com a inserção de trabalhadores sem contratação por meio de concurso público e seleção pública, desrespeitando os princípios da Constituição Federal. Ainda de acordo com a autora, esta situação repercute de forma complexa no SUS, considerando que grande parte das situações de contratação de trabalhadores segue em ilicitude ampliando o desafio para a gestão do trabalho.

Nogueira, Baraldi et al (2004) apontam três principais conceituações de precariedade e informalidade no trabalho, a saber: situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social; instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores, condições de trabalho que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores inseridos, sendo este último adotado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) que define vulnerabilidade social como sendo “um estado de elevada exposição a determinados riscos ou incertezas, combinado com uma capacidade diminuída para se proteger ou defender-se deles para fazer frente a suas consequências negativas”.

O trabalho protegido ou decente é aquele que está ajustado à legislação vigente e fundamenta-se em quatro pilares: a promoção do emprego; o emprego com adequada proteção social; respeito, por parte do empregador, aos princípios fundamentais e aos direitos no trabalho; e a liberdade para a realização do diálogo social (MACHADO; KOSTER, 2011; NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Assim, cabe destacar que a administração pública brasileira possui quatro formas de contratação direta utilizada pelos gestores que são: 1) Estatutário - ingresso é feito através de concurso público. Tem remuneração, vantagens e condições previdenciárias estabelecidas num estatuto, que constitui um conjunto de normas legais a que a pessoa adere no momento de sua entrada para o serviço público. Trata-se do Regime Jurídico Único (RJU); 2) Celetista - subordinados às normas da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). São contratados por prazo indeterminado para exercício de funções na administração direta, autárquica e fundacional. Os empregados públicos não têm estatuto próprio, sendo regulados por lei específica, tal como a Lei n. 9.962/2000; 3) Contratos Temporários - servidores contratados por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, na conformidade da lei. As contratações podem ocorrer sem concurso, por um prazo curto, e são utilizadas nos casos de calamidade pública, epidemia, vacinação em massa, entre outras excepcionalidades do interesse público. Nessa modalidade os servidores são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e o Regime Geral da Previdência Social, sendo

garantidos, portanto, benefícios similares aos que desfrutam os trabalhadores regidos pela CLT; 4) Cargos Comissionados - Não são servidores efetivos, ou seja, os que são livremente nomeados pelas autoridades para exercício desses cargos (CONASS, 2007).

Contudo, compreender as novas complexidades do trabalho em saúde, significa conscientizar a responsabilidade do Estado na formação de trabalhadores capacitados para assumir com competência e habilidade as tarefas de cuidado à saúde das populações, dando-lhes segurança para exercer seu trabalho com motivação, além de estimular a capacidade de agir politicamente, no sentido de garantir que os princípios do SUS sejam fortalecidos (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015; ÁVILA; BELISÁRIO, 2007). Esse propósito implica a aceitação de fatores que refletem sobre as condições de trabalho, cujos efeitos, articulados a outros fatores, determinam tanto a saúde dos sujeitos que operam os sistemas quanto os meios que eles dispõem para o exercício pleno de suas capacidades (ÁVILA; BELISÁRIO, 2007). Alguns autores definem condições de trabalho como um termo utilizado para designar os níveis de saúde e trabalho no que diz respeito às circunstâncias em que a atividade dos trabalhadores se desenvolve e em que estado eles se encontram para atender as demandas que lhes são apresentadas (ÁVILA; BELISÁRIO, 2007). Já outros, a definem como pressões físicas, químicas, biológicas, mecânicas, administrativas e sociais que estão diretamente implicados na dimensão organizacional do trabalho tendo como principal alvo o corpo do trabalhador acarretando doenças associadas ao desgaste físico e mental (DEJOURS 2014, URSINE et al 2010), que podem ser consideradas como consequências das transformações impulsionadas pelo modo de produção capitalista, em que a força de trabalho em saúde tem sido cada vez mais submetida a incorporação de tecnologias que tem provocado a segmentação na formação profissional e o surgimento de novas categorias de trabalho (DIAS; SILVA, 2013; MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Apesar dos vários debates e discussões sobre a gestão do trabalho, ainda são grandes os desafios que circundam os trabalhadores da saúde para as áreas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no cenário atual.

2.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

O presente estudo analisa parte dos resultados da pesquisa nacional sobre **o perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil** que tem como objetivos caracterizar o perfil e questões relacionadas a gestão do trabalho e condições de saúde dos agentes comunitários no Brasil. Além disso, busca-se

analisar seu papel na consolidação da política de atenção primária à saúde no âmbito do SUS, sendo executado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) com financiamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETS) do Ministério da Saúde.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, cuja unidade de análise foram os agentes comunitários de saúde. A população de estudo contemplou 535 ACS distribuídos em 107 unidades básicas de saúde da Região Nordeste. O processo de amostragem foi realizado por estágios, sucessivamente com sorteio dos municípios nas regiões, seguido de sorteio das unidades de saúde nos municípios e das equipes. A Região Nordeste teve as nove capitais auto representadas (Figura 1) e vinte e sete municípios sorteados. Todos os ACS das equipes de saúde da família sorteadas que estavam presentes nas UBS foram entrevistados, exceto os que estavam em desvio de função, férias, afastamento por doença, licença maternidade ou ausentes nas unidades por motivo de agenda. Inicialmente, foi definido que seriam entrevistados seis ACS, selecionados por meio de sorteio simples, caso esse número fosse superior. Entretanto, como em algumas unidades o número de ACS era inferior ao esperado, a meta de entrevista foi ampliada para até oito ACS por unidade, de forma a compensar a quantidade de entrevistas referentes a unidades em que o número de ACS era inferior ao previsto. Nos casos em que a quantidade desses profissionais era inferior à oito, realizou-se a entrevista com todos os presentes na unidade de saúde.

A coleta de dados foi realizada no período de 22/11/2014 a 10/12/2014 por meio de um questionário contendo 5 módulos, sendo: Módulo I- Percepção dos usuários; Módulo II- Percepção dos ACS; Módulo III- Percepção do gestor/coordenador da atenção básica; Módulo IV- Percepção do instrutor, supervisor do ACS; Módulo V- Percepção dos outros profissionais. O instrumento foi aplicado através de entrevista face a face por entrevistadores, utilizando-se dispositivo móvel do tipo tablet.

Para o presente estudo, foram eleitos 8 blocos do módulo II - Percepção dos ACS, correspondendo as seguintes dimensões: Perfil do ACS (dados sociodemográficos, econômico e político); gestão do trabalho (mecanismos de contratação e remuneração, valorização do trabalhador, condições de trabalho e processos de formação) do ACS (ANEXO A).

Utilizou-se também a análise documental, uma vez que foram incluídos no estudo portarias, leis, decretos além de 14 editais de processo seletivo para a contratação de ACS em municípios das Regiões do Brasil, com o objetivo de obter informações acerca dos critérios exigidos para seleção e contratação dos agentes.

Para a análise dos editais, foi elaborada uma matriz excel contendo as seguintes informações: forma de ingresso, agente contratante, vínculo, carga horária, requisitos exigidos para contratação, local de atuação e benefícios ofertados. Utilizou-se para o processamento e análise dos dados o programa Stata versão 12.0 e o software Excel 2013. De acordo com as normas emanadas da Resolução nº 466/2012 destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, o presente estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), sob Parecer nº 871.501 em 10/11/2014. Foram assinados Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) pelos informantes e pesquisadores em duas vias de igual teor.

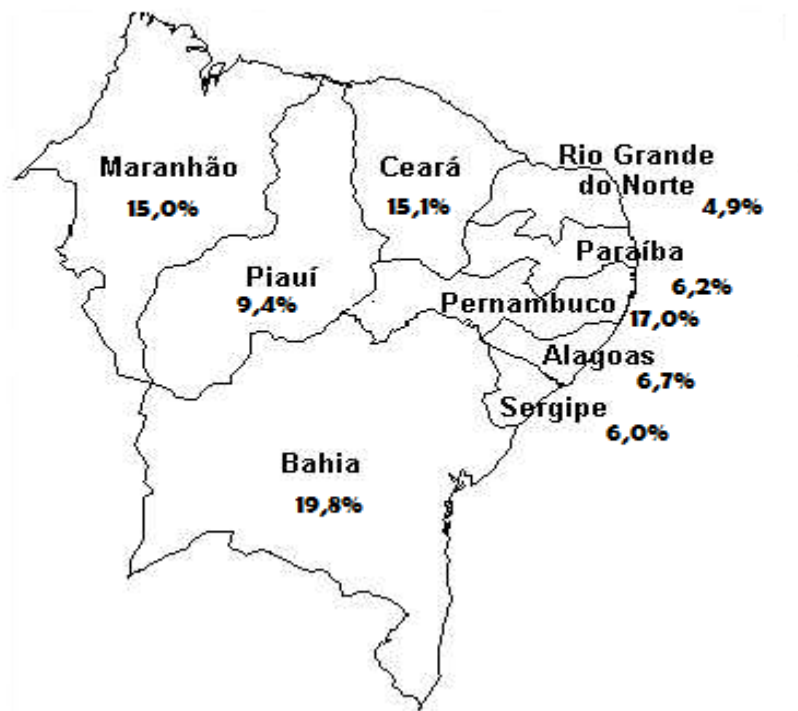


Figura 1: Mapa de distribuição (%) dos ACS por Estados da Região Nordeste, Brasil, 2014

Fonte: Projeto perfil do ACS no Brasil, 2014 - Foto: Google imagens

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 PERFIL DO ACS

Dos 535 agentes comunitários entrevistados, distribuídos em 107 UBS da Região Nordeste do Brasil, 76,5% são do sexo feminino; 85,2% têm filhos, 67,6% possuem o ensino médio completo (Tabela 1). Observa-se que a predominância de mulheres na profissão de ACS segue a tendência de outras ocupações da área da saúde, de modo que os resultados deste estudo corroboram com os de outros autores em que as mulheres ACS são maioria (LINO et al, 2012; SILVA et al, 2015; SANTOS et al, 2011; URSINE et al, 2010; MUSSE, 2015; MARTELETO, 2014; MOTA et al, 2010). Outros autores associam o processo de feminização da profissão ao papel da mulher ACS enquanto cuidadora das famílias, possibilitando o fortalecimento do vínculo com a comunidade (MOTA et al, 2010).

A maioria dos ACS possui grau de escolaridade superior ao estabelecido na Lei nº 11.350/2006, que é a conclusão do Ensino Fundamental. Esse achado é concordante com outros estudos que abordaram o processo de escolarização do ACS, evidenciando que a maior parte da força de trabalho na Atenção Primária a Saúde (APS) é composta por trabalhadores com formação em nível fundamental e médio (LINO et al, 2012; SANTOS et al, 2012; URSINE, 2010; DA SILVA, 2003; RIZOTTO, 2014; MUSSE, 2015). Ferraz; Aerts (2005) destacam que quanto maior o grau de escolaridade dos ACS, melhor a qualidade da orientação as famílias sob sua responsabilidade.

A média de idade encontrada foi de 40,8 anos (DP= 8,7) aproximando-se do Brasil que é de 39,3 (DP=9,8), corroborando outros estudos (SANTOS et al, 2011; LINO et al, 2006; MUSSE, 2015). No que se refere a raça/cor, 66,2% dos ACS se auto declararam de cor parda (Tabela 1). Sobre a situação conjugal, 73,6% são casados (as) e ou possuem companheiro (a) seguido dos solteiros 18,3% (Tabela 1). O predomínio de ACS casados (LINO et al, 2012; SILVA et al, 2015; SANTOS et al, 2011; URSINE et al 2010; MUSSE, 2015) e que tem mais de um filho também foram encontrados em outros estudos (Tabela 1). Essa situação acompanha a média de filhos divulgada pelo IBGE (2010) que é de 1,9 filho.

Em relação à religião, 65,4% se autodeclararam católicos (Tabela 1). A crença religiosa no catolicismo aparece no depoimento da maioria dos ACS, somando evidências a outros estudos (FERRAZ; AERTS, 2005; URSINE et al, 2010 e LINO et al, 2012). Segundo esses autores, a questão da religiosidade e saúde traz um contexto histórico-social que permite ao

ACS maior interação junto à comunidade em que atua influenciando no desempenho do seu papel valorizando a percepção do indivíduo no processo saúde-doença.

Os dados revelam que 69,7% dos ACS têm uma remuneração de 1 até 1,5 salário mínimo (Tabela 1) e para 31,4% deles a remuneração como ACS corresponde à renda familiar total. No presente estudo, 37% dos ACS declaram que contam com a renda do cônjuge para compartilhar as despesas da casa. Essa realidade pode estar associada ao fato da mulher contemporânea ter um emprego que auxilia na renda familiar mensal e o fato da remuneração do ACS não ser suficiente para manter a família (Tabela 1).

A maioria dos ACS reside em imóvel próprio (78,9%) proporção superior ao Brasil 71,6% (Tabela 1). Supõe-se que essa realidade pode estar relacionada aos investimentos de programas habitacionais do Governo Federal na Região Nordeste do Brasil que beneficiam famílias com renda familiar de até R\$ 1.600,00 e renda entre R\$ 1.600,00 e R\$ 3.275,00 (Exame, 2015).

A presença de bens de consumo duráveis no domicílio mais referidos foram: fogão (100,0%), geladeira (99,1%), televisão (98,7%), telefone celular (96,8%), liquidificador (96,5%) e motocicleta (50,8%). Esses achados refletem a possibilidade de aquisição de bens importantes para o cotidiano doméstico e outros que coadunam com as transformações da sociedade, inclusive com o crescimento do uso de motocicleta para deslocamento, corroboram com a média nacional encontrada no Censo Demográfico (IBGE, 2010).

No que tange o vínculo com a comunidade, 84,5% referem morar na área de atuação. Esse resultado se assemelha ao de outros estudos, além de cumprir os critérios definidos por legislação (LINO et al, 2012; BRASIL, 1997; URSINE et al, 2010; SANTOS et al, 2011). Jardim e Lancman (2009) afirmam que a dupla inserção na comunidade leva o agente comunitário a assumirem duplo papel: o de ser simultaneamente agente e sujeito, não existindo um distanciamento entre o trabalhar e o morar na comunidade, além de ser o profissional da equipe de saúde da família que tem o trabalho contínuo com a comunidade. Por isso, é considerado o principal elo de integração entre a população e os serviços de saúde, com a responsabilidade de executar ações de promoção, prevenção, acompanhamento, vigilância da saúde assim como ações educativas. (BRASIL, 2006; JARDIM; LANCMAN, 2009).

O deslocamento para o trabalho a pé (63,2%) é tido como uma facilidade devido a não utilização do transporte público ou particular ao local de trabalho (MENEGUSSI et al, 2014). Os editais de processo seletivo analisados, revelam que alguns municípios ofertam o auxílio transporte, à aqueles residentes a mais de mil metros do local de trabalho, que tenham a necessidade de transporte público para o deslocamento da residência ao local de trabalho, ou

que residam em municípios limítrofes ou Região Metropolitana, situação que pode inferir o não cumprimento da exigência de morar na comunidade.

Tabela 1. Distribuição dos ACS segundo o perfil sociodemográfico e econômico, Região Nordeste, Brasil, 2014

Variável	Brasil		Região Nordeste	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	1270	83,2	409	76,5%
Masculino	256	16,8	126	23,6%
Raça/Cor				
Branca	507	33,2	109	20,1
Preta	182	11,9	63	11,8
Parda	805	52,7	354	66,2
Escolaridade				
Fundamental incompleto	16	1,1	9	1,7
Fundamental completo	140	9,2	57	10,6
Ensino médio completo	1083	71,0	362	67,7
Superior em curso	93	6,1	25	4,7
Superior completo	194	12,7	82	15,3
Situação conjugal				
Casado (a) ou possui companheiro (a)	1053	69,0	394	73,6
Solteiro (a)	322	21,1	98	18,3
Separado (a) ou divorciado (a)	128	8,4	38	7,1
Viúvo (a)	23	1,5	5	0,9
Possui filhos				
Quantidade de filhos				
Um único filho	375	30,0	111	23,3
Mais de um filho	874	70,0	345	75,7
Chefe da família/ principal responsável pela casa				
O ACS	487	31,9	198	37,0
Seu (ua) cônjuge ou companheiro (a)	253	16,6	82	15,3
O ACS e seu cônjuge ou companheiro (a), igualmente	581	38,1	197	36,8
Seu pai ou sua mãe	165	10,8	46	8,6
Não tem chefe ou principal responsável	19	1,2	5	0,9
Outra pessoa	19	1,2	7	1,3
Renda do ACS				
Até 1 (hum) SM	241	15,8	91	17,0
Maior que 1(hum) até 1,5 SM	1122	73,5	373	69,7
Maior que 1,5 até dois SM	115	7,5	47	8,8
Maior que 2 SM	43	2,8	22	2,1
Tipo de Imóvel onde reside				
Próprio	1093	71,6	422	78,9
Alugado	157	10,3	41	7,7
Cedido	170	11,1	44	8,2
Financiado	70	4,6	18	3,4
Outra situação	34	2,2	9	1,7

Fonte: Projeto perfil do ACS no Brasil, 2014

No que tange à participação política do ACS em espaços de mobilização social, a expressiva participação em igrejas ou atividades religiosas (66,7%) (Tabela 2), corrobora o achado de Ursine et al (2010) que associam essa prática à importância que a crença religiosa tem para o ACS.

Além das atividades religiosas, os ACS também fazem referência à associação comunitária (50,2%) e sindicatos (40,2%) como outros espaços de participação (Tabela 2). Os dados do presente estudo demonstram uma elevada participação dos ACS da Região Nordeste em associações comunitárias, diferindo dos achados encontrados por outros autores na Região Sul do Brasil apontando uma baixa participação dos ACS nos espaços de decisão política, como os conselhos de saúde e mesas de negociação coletiva do SUS, tendo em vista que são espaços estratégicos para questões relacionadas ao trabalho desses profissionais (SILVA et al 2006; URSINE et al, 2010). Nesse sentido, pode-se inferir que a baixa participação dos ACS da Região Nordeste nas mesas de negociação, pode estar associada ao elevado número de mesas inativas e inexistentes, situação que pode implicar falta de apoio governamental nas negociações das relações de trabalho (CASTRO et al, 2003).

Observa-se que 22,9% dos ACS participam dos conselhos municipais de saúde (Tabela 2), corroborando com Castro et al (2003) que identificou que as mesas de negociação ativas na Região Nordeste, são vinculadas as secretarias de saúde e aos conselhos de saúde. O estudo realizado por Queirós e Lima (2012) ao analisar a prática social do ACS em Recife, destaca que a mesa de negociação coletiva do Estado tem posto em sua agenda questões relacionadas não somente ao vínculo e a desprecarização do trabalho, mas também a organização e qualificação do trabalho.

Tabela 2. Distribuição dos ACS segundo perfil político, Região Nordeste, Brasil, 2014

Variável	Brasil		Região Nordeste	
	N	%	N	%
Participação em alguma atividade de mobilização social ou de algum grupo comunitário	537	35,2	249	46,5
Grupos que participa ou participou nos últimos 12 meses				
Associação comunitária	241	44,9	125	50,2
Conselho Local de Saúde	165	30,7	60	24,1
Conselho Municipal de Saúde	130	24,2	57	22,9
Conselho Distrital de Saúde	22	4,1	11	4,4
Sindicato	185	34,5	100	40,2
Associações de portadores de doenças específicas	93	17,3	35	14,1
Movimento Nacional de Agentes de Saúde	149	27,8	96	38,6
Federação dos Agentes Comunitários de Saúde	84	15,6	70	28,1
Partido Político	68	12,7	38	15,3
Confederação Nacional dos Agentes Comunitários	64	11,9	51	20,5
Mesa de Negociação Coletiva do SUS	45	8,4	28	11,2
Igreja ou atividade religiosa	341	63,5	166	66,7
Outros	119	22,2	65	26,1
Cargo mais alto que ocupa ou já ocupou				
Presidente	41	7,6	31	12,5
Vice presidente	17	3,2	11	4,4
Diretor	9	1,7	1	0,4
Vice-Diretor	3	0,6	2	0,8
Tesoureiro	26	4,8	16	6,4
Secretário	67	12,5	31	12,5
Membro de Comissão	59	11,0	21	8,4
Não ocupou nenhum cargo	277	51,6	119	47,8
Coordenador	22	4,1	9	3,6

Fonte: Projeto perfil do ACS no Brasil, 2014

3.2 GESTÃO DO TRABALHO DOS ACS

3.2.1 MECANISMOS DE CONTRATAÇÃO E REMUNERAÇÃO

No que se refere ao agente contratante, a proporção nacional dos ACS contratados pela administração direta é de 65,9%, sendo que na Região Nordeste esse tipo de contratação representa 63,7% (Tabela 3). Esses dados coincidem com os resultados encontrados em equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no Brasil e Estado do Paraná (SEIDL et al, 2014; RIZZOTTO et al, 2014). Embora a lei nº 12994/2014 estabeleça a vedação da contratação temporária ou terceirizada dos ACS, salvo em situações previstas em lei, as contratações por fundações, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Organizações Sociais (OSs) e consórcios intermunicipais, ainda são estratégias adotadas pela gestão municipal para contratação de profissionais da saúde, realidade em algumas regiões do país (CARNEIRO; MARTINS, 2015; BRASIL, 2002).

Enquanto categoria profissional, os ACS obtiveram reconhecimento, com acesso aos benefícios trabalhistas, pela sanção da lei nº 10.507/2002. Entretanto, segundo Theisen (2004) este reconhecimento pode não ter sido suficiente para assegurar tais direitos, na medida em que esses profissionais vivem múltiplas formas de contratação e heterogeneidade de vínculos de trabalho. De acordo com CONASS (2007), os mecanismos de contratação se apresentam de forma heterogênea entre as regiões do país e até mesmo em Estados de uma mesma região devido as particularidades de cada local e do modelo de gestão adotado pelas três esferas administrativas.

No presente estudo, a forma de inserção dos ACS nos serviços de saúde se deu por concurso público (61,7%), seguido de seleção pública (33,1%) (Tabela 3) diferentemente do encontrado por Junqueira et al (2010) em ACS da Macrorregião sanitária Leste do Sul de Minas Gerais, em que 15,6% dos gestores utilizavam concurso público e 40,0% seleção pública como formas de ingresso. Além disso, os gestores utilizavam as entrevistas 55,6% como um critério a mais para inserção de ACS nos municípios. Com a publicação da Emenda Constitucional nº 51/2006, a modalidade de admissão dos ACS pelas secretarias municipais de saúde se dá por meio de processo seletivo público de acordo com a natureza das suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

A promulgação da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 37, inciso II impõe como condição para a investidura no cargo o concurso público de provas e títulos como regra

de acesso e a imposição de um regime jurídico único, visando assegurar o princípio da isonomia, garantindo a todos os interessados o direito de ocupar um cargo ou emprego público.

Cabe ressaltar que apesar da prática com agentes de saúde existir desde 1986 (ÁVILA, 2011), anterior a Constituição Federal de 1988, não significa dizer que esses agentes atuavam são irregulares. Nesse caso, a Constituição Federal reconhece a existência de agentes públicos que ingressaram na Administração Pública sem aprovação prévia em concurso público. A esses profissionais, são assegurados os mesmos direitos de estabilidade que os servidores públicos admitidos em concurso público de provas ou de provas e títulos (e confirmados no estágio probatório), desde que tenham pelo menos cinco anos de exercício contínuos em seus cargos públicos junto à administração pública direta, autárquica e fundações públicas (BRASIL, 1988; NOGUEIRA; PASSOS, 2010)

Com relação aos tipos de vínculo, 65,4% dos ACS são servidores estatutários na Região Nordeste, percentual superior ao Brasil (52,0%), seguido pelo vínculo regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (Tabela 3). Estudo realizado por Junqueira et al (2010) em ACS da Macrorregião Sanitária Leste do Sul de Minas Gerais, revela que as principais formas de vinculação utilizadas pelos gestores municipais de saúde são os contratos temporários (75,6%), seguidos do vínculo CLT (13,3%) e estatutários (11,1%).

Alguns autores que discutem sobre os mecanismos de contratação dos ACS, comentam acerca da fragilidade e da informalidade dos vínculos ofertados pelos municípios, antes e após a promulgação da Emenda Constitucional nº 51/2006 e da Lei nº 11.350/2006, cujo propósito era reverter a situação de ilegalidade dos vínculos e admissão dos ACS nos serviços públicos (NASCIMENTO, 2005; COTTA, 2006; ANDRADE, 2013; URSINE, 2010). Essa fragilidade insere-se no contexto de precarização das relações de trabalho, que produz efeitos decorrentes das mudanças ancoradas na flexibilização, que favoreceu a proliferação de contratos de trabalho desregulados, vínculos precários com o Estado assim como formas diferenciadas de remuneração (MAGALHÃES, 2015, PIERANTONI, 2001; SEIDL et al 2014). Para Magalhães (2015), a vulnerabilidade do vínculo é o maior problema do trabalho precarizado. Devido à necessidade de vender a força de trabalho para sobreviver, muitos trabalhadores submetem-se a relações de trabalho inseguras e instáveis, sem oportunidades de carreira, com baixas remunerações e contratos de trabalho de duração limitada, mínima ou parcial os quais caracterizam a nova classe dos precariados. Nesse sentido, fortalecer os espaços públicos para propor políticas de ação coletiva que objetivem a formulação de políticas efetivas que assegurem empregos estáveis, planos de carreira, direitos e garantias ao trabalhador, é inerente à classe precariada (STANDING, 2014).

Ao observar os vínculos trabalhistas por Estados da Região Nordeste, aqueles que apresentaram maiores percentuais de ACS estatutários foram o Rio Grande Norte (96,0%) e Pernambuco (90,0%) (Tabela 4). Esses resultados demonstram os esforços realizados nesses Estados para garantir a proteção social a esses trabalhadores, conforme determina a legislação, assim como o reconhecimento dos gestores municipais de perceber o ACS como uma categoria essencial para o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde (SANTOS et al, 2011; CONASS 2007).

É possível inferir que a qualidade do cuidado prestado por esses profissionais possa ter reflexos positivos na comunidade, tendo em vista que os vínculos trabalhistas e o agente contratante interferem no processo de trabalho, e alguns estudos demonstram que fatores ligados a desmotivação, insatisfação, insegurança, instabilidade podem desencadear o não comprometimento com o trabalho (SANTOS et al, 2011).

No que se refere aos requisitos exigidos para a contratação do ACS, residir na área da comunidade (96,3%), ter disponibilidade integral (88,6%) e haver concluído o ensino fundamental (68,2%) concordam com a Lei nº 11350/2006 que regulamenta o exercício das atividades do agente comunitário de saúde e agente de combate a endemias. Cabe destacar que 56,5% dos ACS da Região Nordeste não referiram o curso de formação inicial como requisito mínimo para contratação. De acordo com a lei nº 10.507/2002 e a portaria nº 243/2015 o curso de qualificação básica para a formação do ACS além de ser um requisito para o exercício da profissão, é também uma modalidade de ensino para habilitação profissional inicial ao desempenho de atividades cotidianas de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com lei nº 11.350/2006 e as diretrizes do SUS.

Embora a Lei nº 12.994/2014 determine que a jornada de 40 horas semanais deve ser integralmente dedicada as atividades do ACS que estão previstas nas leis nº10.507/2002 e nº 11.350/2006, observa-se que 1,7% dos ACS entrevistados na Região Nordeste, e 2,3% no Brasil, cumpre carga horária inferior a esta. Este achado corrobora o estudo de Junqueira et al (2010), com ACS da Macrorregião Sanitária Leste do Sul de Minas Gerais que em 2,6% dos municípios, os ACS cumpriam carga horária de 6 horas semanais.

A maior parte dos ACS entrevistados (79,3%) referem não ter experiência anterior em serviço de saúde, o que pode dificultar o desempenho de suas atribuições no território, diferentemente dos outros profissionais de nível superior que compõe a equipe de saúde da família, que durante o seu processo formativo, já experienciam o serviço de saúde (URSINE et al 2010).

No que tange às modalidades de contratação, os achados do presente estudo revelam uma heterogeneidade tanto no tipo de inserção (concurso público, seleção pública, contrato por tempo determinado) quanto na diversidade dos tipos de remuneração, contratação, vínculo e carga horária concordando com os editais publicados pelos municípios para contratação de ACS.

Cabe destacar, ainda sobre os editais, que a contratação de ACS para atuarem em serviços de atenção básica com atendimento 24 horas denominadas em alguns editais como “Upinhas”, tem sido realizada em município da Região Nordeste, contradizendo o que está previsto tanto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), quanto no arcabouço normativo sobre o ACS, em que este profissional deve compor apenas as equipes da estratégia saúde da família (ESF) e programa de agentes comunitários de saúde (PACS).

Tabela 3. Distribuição dos ACS segundo mecanismos de contratação e remuneração, Região Nordeste, Brasil, 2014

Variável	Brasil		Região Nordeste	
	N	%	N	%
Agente contratante				
Administração direta	1005	65,8	341	63,7
Consórcios intermunicipais	62	4,1	29	5,4
Fundações públicas	110	7,2	35	6,5
OS / OSCIP	35	2,3	2	0,4
Outro(s)	83	5,4	30	5,6
Vínculo				
Empregado público CLT	376	24,6	127	23,7
Servidor público Estatutário	793	52,0	350	65,4
Outro(s)	259	17,0	21	3,9
Forma de ingresso para trabalhar como ACS				
Concurso público	807	52,9	330	61,7
Seleção pública (Processo seletivo simplificado)	591	38,7	177	33,1
Indicação	73	4,8	16	3,0
Outra forma	23	1,5	1	0,2
Tempo de atuação como ACS				
Até 1 ano	167	10,9	18	3,4
De 2 a 5 anos	357	23,4	52	9,7
De 6 a 10 anos	360	23,6	106	19,8
De 11 a 15 anos	390	25,6	183	34,2
16 ou + anos	252	16,5	176	32,9
Carga Horária				
40h semanais	1474	96,6	518	96,8
20h a 30 horas semanais	35	2,3	9	1,7
Experiência em serviço de saúde antes de trabalhar como ACS	309	20,2	111	20,7

Fonte: Projeto perfil do ACS no Brasil, 2014

Tabela 4. Distribuição dos ACS segundo plano de carreira e vínculo por unidades federativas da Região Nordeste do Brasil, 2014

Variável	Unidades Federativas																			
	Região Nordeste		Alagoas		Bahia		Ceará		Maranhão		Paraíba		Pernambuco		Piauí		Rio Grande do Norte		Sergipe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Plano de carreira																				
Sim, com progressão por titulação e formação profissional	93	17,4	23	63,9	5	4,7	9	11,1	7	8,8	1	3,0	29	31,9	7	14,0	4	15,4	8	25,0
Sim, sem progressão por titulação e formação profissional	10	1,9	-	-	-	-	3	3,7	-	-	-	-	4	4,4	2	4,0	1	3,9	-	-
Sim, mas não sabe/recusou-se a responder se tem progressão por titulação e formação profissional	7	1,3	-	-	-	-	2	2,5	1	1,3	-	-	1	1,1	1	2,0	2	7,7	-	-
Não tem plano de carreira	338	63,2	10	27,8	84	79,3	45	55,6	57	71,3	24	72,7	48	52,8	34	68,0	14	53,9	22	68,8
Vínculo																				
Empregado público CLT	127	23,7	7	19,4	29	27,4	13	16,1	20	25,0	16	48,5	3	3,3	33	66,0	-	-	6	18,8
Servidor público Estatutário	350	65,4	25	69,4	63	59,4	49	60,5	52	65,0	15	45,5	82	90,1	13	26,0	25	96,2	26	81,3
Outro (s)	21	3,9	3	8,3	1	0,9	10	12,4	1	1,25	1	3,0	3	3,3	2	4,0	-	-	-	-

Fonte: Projeto perfil do ACS no Brasil, 2014

3.2.2 VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR ACS

Sobre a valorização do trabalhador, 17,4% dos ACS da Região Nordeste referem possuir plano de carreira com progressão por titulação e formação profissional (Tabela 5), no entanto, os Estados que mais se destacam são: Alagoas (63,9%) e Pernambuco (31,9%) (Tabela 4). Esses dados corroboram com outros estudos em que a progressão por titulação, formação profissional são as mais referidas formas de ascensão (RIZZOTTO et al, 2014). Observa-se que a maioria dos participantes desta pesquisa (63,2%) informam não saber que seu município possui plano de carreira para a profissão, todavia não sabe se o plano contempla a progressão por titulação e formação profissional (Tabela 5). Cabe ressaltar que a Lei nº 12.994/2014 que institui o piso salarial profissional nacional e as normas para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, definem como diretrizes o estabelecimento de critérios de progressão e promoção, assim como a adoção de modelos e instrumentos de avaliação que assegurem a transparência e a periodicidade das avaliações, entre outros princípios.

Apesar do esforço de alguns gestores municipais e estaduais ao implementar políticas que visem a valorização do ACS, ainda assim, alguns Estados da Região Nordeste apresentam ausência de planos de carreira, sendo eles: Bahia (79,3%); Paraíba (72,7%) e Maranhão (71,3%) (Tabela 4), fato este que implica diretamente na ascensão profissional dos ACS na atenção primária (SEIDL, et al, 2014). De acordo com as diretrizes da NOB/RH-SUS, os PCCS são considerados um instrumento de ordenação do trabalho que deve ser incorporado a cada nível de gestão do SUS (PIERANTONI, et al, 2004).

Segundo as diretrizes nacionais do Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS-SUS), o plano de carreira é um instrumento inerente à gestão do trabalho que visa à valorização do trabalhador principalmente quando se agrega a outros subsídios como a gratificação, progressão por qualificação e a avaliação de desempenho (SEIDL, et al, 2014; BRASIL, 2006). A gratificação por qualificação é identificada no estudo de Modesto et al (2012) como um incentivo ao aumento salarial e efetivação dos ACS no quadro permanente do município de Palmas (TO) por terem concluído o curso técnico.

A avaliação de desempenho é considerada uma ferramenta cujo principal responsável é o gestor que deve monitorar de forma contínua, a atuação individual e coletiva dos trabalhadores, tendo como referência as metas referentes as equipes de trabalho, visando

identificar e solucionar problemas, melhorando a qualidade de vida no trabalho e a satisfação dos profissionais (CHIAVENATO, 2006; BRASIL, 2010).

Nesse sentido, observa-se que os ACS costumam ser avaliados mensalmente pela equipe ou gestão municipal 45,0% e apenas 24,9% recebem incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho. No Decreto nº 7.133/2010 que regulamenta os critérios e procedimentos para a realização das avaliações de desempenho individual, institucional e o pagamento das gratificações de desempenho, observa-se que a avaliação de desempenho individual é pautada no exercício das metas embasadas nas competências do trabalhador em cumprir normas, na produtividade e qualidade do trabalho, no trabalho em equipe e nos conhecimentos e técnicas para desenvolver as atividades de acordo com o cargo em exercício. Estudo realizado por Neves & Benito (2004) sobre a avaliação de desempenho do enfermeiro no SUS, identificou que a mesma é cotidianamente utilizada de forma burocrática, e essa prática implica no desafio de legitimá-la como uma ferramenta de gestão com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço e a satisfação no trabalho dos profissionais. Moraes & Iguti (2013) ao evidenciar a utilização da avaliação de desempenho como um instrumento na política pública de saúde através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), constatou que em alguns municípios, quando os recursos do PAB variável não são empregados, parcial ou totalmente, em gratificação no salário dos trabalhadores, são investidos em melhoria das condições de trabalho, porém, há que se refletir sobre essa remuneração por desempenho, como mecanismo de motivação. Fonseca e Mendonça (2014) concluem que o pagamento por performance aponta preocupações sobre as repercussões desse sistema do que para um otimismo quanto ao seu potencial de qualificar a atenção e o trabalho do ACS.

Sobre o respeito e a valorização do ACS pelos outros profissionais da equipe, observa-se que 60,2% sentem-se respeitados e 66,0% têm o seu trabalho reconhecido e valorizado na (Tabela 5). Para Ferreira et al, 2009, a relação horizontal de poder do ACS em relação aos profissionais da equipe no momento das visitas domiciliares, possibilita a composição de afetos, ampliando o compartilhamento da gestão do cuidado pela equipe. Esse fato torna-se possível devido ao papel social que o ACS possui perante a comunidade.

Tabela 5. Distribuição dos ACS segundo a política de valorização do trabalhador, Região Nordeste, Brasil, 2014

Variável	Brasil		Região Nordeste	
	N	%	N	%
Plano de carreira				
Sim, com progressão por titulação e formação profissional	171	11,2	93	17,4
Sim, sem progressão por titulação e formação profissional	42	2,7	10	1,9
Sim, mas não sabe/recusou-se a responder se tem progressão por titulação e formação profissional	1017	66,6	338	63,2
Avaliação por parte da equipe e/ou gestão municipal	940	61,6	333	62,2
Periodicidade da avaliação				
Ao menos 2 vezes/mês	146	15,5	51	15,3
Mensal	295	31,4	150	45,0
Ao menos 2 vezes/ano	129	13,7	23	6,9
Anual	148	15,7	30	9,0
Sem periodicidade definida	179	19,0	67	20,1
Recebe algum tipo de incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho	350	22,9	133	24,9
Sente-se respeitado pelos outros profissionais que compõem a equipe de saúde da família	974	63,8	322	60,2
Valorização e reconhecimento do trabalho pelos profissionais da equipe de saúde	923	68,6	314	66,0

Fonte: Projeto perfil do ACS no Brasil, 2014

3.2.3 CONDIÇÕES DE TRABALHO

No presente estudo, os ACS referiram estar 80,0% satisfeitos com seu local de trabalho (Tabela 6). Essa satisfação pode estar relacionada ao reconhecimento e valorização pela equipe de saúde e pela comunidade (COSTA, 2012). Brand e colaboradores (2010) identificaram que os ACS sentem-se extremamente satisfeitos e valorizados quando recebem atenção ou são ouvidos pela comunidade, sendo nesse caso, quando conseguem provocar alguma mudança positiva, refletindo diretamente na qualidade do cuidado prestado.

No presente estudo, observa-se que tanto a média de famílias acompanhadas 139,1(DP=58,8) quanto a de pessoas 509,6 (DP=213,2) estão dentro dos valores recomendados pelo Ministério da Saúde, em que o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2011).Esses dados condizem com o estudo de Simões (2009) em que o número de famílias

acompanhadas pelos ACS no município de Balneário Barra do Sul/SC é de 151 a 200 famílias, porém, contradiz outros estudos em que a sobrecarga de trabalho do ACS está diretamente relacionada ao elevado número de famílias sob sua responsabilidade (FERRAZ; AERTS, 2005; GOMES, et al 2009). Alguns autores apontam que tanto a insuficiência no acompanhamento de famílias quanto de trabalhadores nas equipes de saúde produzem desvios de função dos agentes comunitários nas unidades de saúde (QUEIRÓS; LIMA, 2012; SIMÕES; 2009; MARTELETO et al, 2014). Nesse sentido, cabe a este profissional inserir na agenda governamental questões relacionadas ao desvio de função, utilizando os espaços políticos, a exemplo das mesas de negociação coletiva do SUS (QUEIRÓS; LIMA, 2012).

O Ministério da Saúde institui como equipamentos básicos para o trabalho do ACS o fardamento, crachá de identificação, fichas do SIAB, balança, cronômetro, termômetro, fita métrica e material educativo (BRASIL, 2002). Nesse sentido, observa-se no presente estudo que a ficha de cadastramento (94,2%), materiais de medir e pesar (64,1%) e mapa do território (62,2%) são os principais equipamentos disponibilizados para o trabalho do ACS (Tabela 6). Outros materiais indispensáveis tais como a máscara de proteção e o filtro solar não são ofertados aos ACS (MARTELETO et al, 2014). Estudo realizado sobre a exposição solar em agentes comunitários de saúde e de combate a endemias em um município de Minas Gerais, identificou que a maioria dos entrevistados ficam expostos ao sol por mais de cinco horas por dia em horários críticos entre as dez e quinze horas, representando um risco elevado para a saúde. No caso dos ACS da Região Nordeste, a possibilidade de apresentarem lesões de pele tendem a se agravar devido às altas temperaturas (LIMA et al, 2010).

A inexistência de legislação que obrigue as instituições a fornecerem o filtro solar para os trabalhadores contribuem para o aumento do risco de apresentarem alterações na pele devido à contínua exposição ultravioleta (LIMA et al, 2010).

Tendo em vista que uma das atribuições do ACS é estar em contato permanente com as famílias por meio de visita domiciliar, realizando ações de acompanhamento e busca ativa de alguns indivíduos cadastrados em programas específicos como de tuberculose, o uso da máscara de proteção é essencial a esses profissionais. De acordo com Simões (2009), a falta de equipamentos e insumos diminui a qualidade das informações coletadas e do serviço prestado, dificultando ainda mais o relacionamento desses profissionais com a comunidade, gerando tensão entre a equipe de saúde.

Em relação à escolha profissional, o principal motivo apontado pelos entrevistados foi a oportunidade de emprego 30,3%, concordando com outros estudos (BARCELLOS et al, 2011; Silva e Santos, 2009). Outros motivos como desemprego, a falta de opção e a insatisfação com o emprego anterior, estar aposentada, ter uma experiência prévia no atendimento às crianças da comunidade e oportunidade de melhorar de vida foram identificados em outro estudo (GALAVOTE et al, 2011). Mesmo sem experiência na área da saúde, mas com o ensino fundamental completo, residindo na área de atuação e com curso introdutório de formação concluído conforme a Lei nº11350/2006, é possível a inserção no mercado de trabalho por esta profissão. Cabe destacar que 23,9% dos ACS relataram desenvolver outra atividade remunerada fora do horário de trabalho que pode influenciar de alguma forma na execução das suas atividades seja pelo acúmulo de carga horária ou desgaste físico (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos ACS segundo as condições de trabalho, Região Nordeste, Brasil, 2014

Variável	Brasil		Região Nordeste	
	N	%	N	%
Satisfação no trabalho				
Satisfeito	1250	81,9	428	80,0
Insatisfeito	235	15,4	94	17,6
Materiais disponíveis na unidade de saúde/microárea				
Ficha de cadastramento e acompanhamento	1469	96,3	504	94,2
Mochila	634	41,6	222	41,5
Fardamento	869	57	307	57,4
Mapa do território em que atua	1016	66,6	333	62,2
Filtro solar	828	54,3	190	35,5
Materiais para medir e pesar	677	44,4	343	64,1
Principal motivo para ser ACS				
Oportunidade de emprego	484	31,7	162	30,3
Porque gosta da área de saúde	243	15,9	98	18,3
Porque gosta de trabalhar com pessoas	411	26,9	148	27,7
Para colaborar na melhoria da saúde da comunidade onde vive	214	14	98	18,3
Curiosidade	13	0,9	4	0,8
Possibilidade de residir próximo ao trabalho	106	7	12	2,2
Outros motivos	53	3,5	12	2,2
Desenvolve outra atividade remunerada fora do horário de trabalho	338	22,2	128	23,9

Projeto Perfil do ACS no Brasil, 2014

3.2.4 PROCESSOS DE FORMAÇÃO

A temática da formação tem sido discutida por diversos autores que apontam perspectivas, questionamentos e críticas sobre a origem e desenvolvimento do processo de escolarização dos ACS. No presente estudo, observa-se que 89,0% dos entrevistados referem ter recebido o curso de formação inicial (Tabela 7), contradizendo o estudo de Santos (2011) em que o ACS não participou de capacitação introdutória.

O reconhecimento da profissão e a incorporação do agente comunitário nas equipes multiprofissionais foram elementos que impulsionaram o Ministério da Saúde a delinear os processos de formação e o perfil de atuação desse profissional. Nesse sentido, foi instituído em 2004 o referencial curricular do curso técnico para ACS, com a finalidade de subsidiar as instituições formadoras na elaboração de seus programas de profissionalização.

Este documento estrutura o curso técnico com uma carga horária mínima de 1200 horas atendendo a Resolução N° 4/1999 do Conselho de Educação, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico (BARROS et al, 2010), definindo sua estrutura curricular em três etapas, sendo: Etapa I – formação inicial: contextualização, aproximação e dimensionamento do problema. O perfil social do técnico agente comunitário de saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS – carga horária 400 horas. Etapa II – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes – carga horária 600 horas. Etapa III – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário – carga horária 200 horas. Ainda no documento, prevê-se que prática profissional deve ser incluída na carga horária de cada etapa assim como dimensões profissionais. Alguns autores apontam a dificuldade de garantir a formação técnica completa do curso em suas três etapas no âmbito nacional, pois, a partir do momento que esses trabalhadores se tornariam técnicos, poderiam reivindicar aumento dos salários (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

Em 2015, com a publicação da Portaria n° 243/2015 que dispõe sobre o curso introdutório para o ACS e ACE e o seu conteúdo, define-se a carga horária mínima de 40 horas, e os componentes curriculares básicos necessários a atuação cotidiana na prevenção e controle de doenças, na promoção da saúde, e à responsabilidade no desempenho das atividades técnicas

de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes, políticas e programas do SUS (BRASIL, 2015).

A importância do curso técnico é apontada como uma forma de valorização e reconhecimento do trabalhador, pois, a partir dos conhecimentos adquiridos no curso, observaram-se mudanças positivas nos processos de trabalho por compreender o modelo de atenção mais humanizado, integral e ao trabalho intersetorial (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

Em busca de qualificação profissional, observa-se que 34,2% dos entrevistados afirmam possuir outro tipo de formação em saúde, com destaque para os cursos de auxiliar de enfermagem e técnico em enfermagem (Tabela 7). Vale destacar que um pequeno percentual de agentes comunitários possui curso de nível superior em saúde (Tabela 7). Estes resultados concordam com os estudos realizados por Marzari (2011) e Mota e David (2010) que veem o ACS como um trabalhador que busca alternativas de escolarização e formação profissional.

Observa-se que as graduações em Serviço Social (35,3%) e Enfermagem (17,7%) são as mais referidas, sendo que esta última apresenta proporção de 22,5% para o Brasil (Tabela 7). Nessa perspectiva, pode-se imaginar dois perfis de agentes comunitários, sendo o primeiro o fomentador de conscientização, mobilização e organização social da comunidade aproximando-se da formação dos assistentes sociais (MODESTO et al, 2012). Já o segundo, seria um agente cuidador com formação técnica aproximando-se da enfermagem. Evidencia-se que participar de uma equipe multiprofissional pode oportunizar a aproximação do ACS a novas profissões inseridas no grupo ocupacional da área da saúde (MOTA; DAVID, 2010)

O ingresso na profissão de ACS possibilita o acesso a novos saberes e conhecimentos, através das capacitações para o trabalho (MOTA; DAVID, 2010). Assim, observa-se no presente estudo elevados percentuais tanto nos aspectos da participação 65,6%, e na conclusão de cursos 43,3% após a inserção dos agentes comunitários nas equipes de saúde da família (Tabela 7). Sobre as temáticas abordadas nos cursos, observa-se que as mais referidas são: programas específicos (91,7%), promoção da saúde (92,5%), saúde bucal (79,2%) e organização do território (68,3%).

Os ACS compreendem que o trabalho cotidiano exige constante atualização e por isso, necessitam de cursos que estimulem a formação continuamente, sendo ofertados pelas Secretarias de Saúde, contudo, essa formação e qualificação não podem acontecer de forma isolada e descontextualizada (MARZARI et al, 2011). Nesse aspecto, alguns autores chamam a atenção quanto a elaboração e execução dos processos formativos que se fundamentam em

referenciais biomédicos, contradizendo a proposta de reorientação do modelo de atenção, em que as ações de saúde devem ser dirigidas às populações de territórios definidos fundamentadas na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, de maneira integral que impacte nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BORNSTEIN; DAVID, 2014; BRASIL, 2011).

Tabela 7. Distribuição dos ACS segundo os processos de formação, Região Nordeste, Brasil, 2014

Variável	Brasil		Região Nordeste	
	N	%	N	%
Formação para atuar como ACS	1295	84,9	476	89,0
Possui outro tipo de formação em saúde	466	30,5	183	34,2
Cursos				
Auxiliar de enfermagem	195	41,8	125	68,3
Técnico em enfermagem	232	49,8	93	50,8
Graduação em Saúde	40	8,6	17	9,3
Cursos				
Enfermagem	9	22,5	3	17,7
Serviço Social	12	30,0	6	35,3
Participação em cursos após inserção nas ESF	328	70,4	120	65,6
Total de cursos concluídos				
Até 3	72	22,0	26	21,7
4 a 6	79	24,1	24	20
7 ou mais	149	45,4	52	43,3
Temáticas abordadas				
Organização de território	216	65,9	82	68,3
Programas específicos: tuberculose, dengue, doenças respiratórias dentre outros	298	90,9	110	91,7
Saúde Bucal	224	68,3	95	79,2
Promoção da Saúde	292	89	111	92,5
Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	114	34,8	55	45,8
Participação em Conselhos Locais de Saúde	168	51,2	65	54,2
Outros	212	64,6	78	65,0
Participou de algum treinamento ou curso				
Há menos de 1 ano	271	82,6	102	85,0
Há mais de 1 ano	54	16,5	17	14,2

Fonte: Projeto perfil do ACS no Brasil, 2014

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram discutir o perfil e os aspectos relacionados com a gestão do trabalho dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. Chama atenção a questão da baixa participação em espaços políticos onde são discutidos questões relacionadas a saúde e o trabalho como as mesas de negociação coletiva do SUS e os conselhos de saúde. Diante desse cenário, torna-se relevante formalizar a participação dos agentes comunitários de saúde nesses espaços, considerando o contingente de trabalhadores e a importância nas equipes de atenção básica.

Sobre a gestão do trabalho, os dados demonstram que a administração direta é a principal forma de contratação, no entanto, novas modalidades como as fundações de direito público e privado, OSCIPS, OSs e consórcios intermunicipais, constituem alternativas adotadas pelos gestores produzindo um conjunto de fragilidades provocadas pela flexibilização das relações de trabalho do agente comunitário de saúde, e a desresponsabilização do Estado no provimento de políticas públicas voltadas a desprecarização do trabalho no SUS. Nesse sentido, o estudo revelou que na Região Nordeste a inserção dos agentes comunitários de saúde se dá por meio de concurso público e seleção pública, produzindo situações de maior estabilidade para os trabalhadores e a garantia dos direitos trabalhistas.

É importante ressaltar os investimentos feitos na desprecarização dos vínculos nos Estados do Nordeste onde a maioria dos agentes comunitários de saúde está em situação regulamentada. Os achados revelaram, ainda, o investimento feito na estruturação dos planos de carreira para esses profissionais. No entanto, chama atenção que muitos ACS, desconhecem os critérios e as características dos planos de carreira aos quais estão vinculados. Os Estados da Bahia, Paraíba e Maranhão destacam-se pela inexistência de planos de carreira para o profissional ACS.

A análise dos editais revelou a existência de agentes comunitários de saúde que são contratados para atuar em “Upinhas”, situação que contradiz o modelo de reorientação da atenção, e a heterogeneidade nas modalidades de contratação, vínculo, carga horária, remuneração e inserção desses profissionais no SUS. O fato de alguns agentes comunitários de saúde cumprirem carga horária inferior a 40h semanais e exercerem outra atividade remunerada fora do horário de trabalho, pode comprometer a execução das suas práticas publicadas na Política Nacional de Atenção Básica. A inexistência de equipamentos de proteção à saúde do

trabalhador sinaliza a desresponsabilização da gestão com a biossegurança dos profissionais na execução de suas atividades laborais.

O estudo aponta que o pagamento por desempenho é uma prática que pode estar associada ao cumprimento das metas e produção de resultados referentes às atividades executadas pelos agentes comunitários de saúde, a exemplo das visitas domiciliares. A busca por qualificações profissionais de nível técnico ou superior traça mudanças no perfil de formação dos agentes comunitários de saúde como uma estratégia de valorização e reconhecimento desse profissional tanto pela equipe quanto pela comunidade. As temáticas dos cursos formativos reforçam o paradigma biomédico apontando uma insuficiência nos processos formativos que sejam embasados nas políticas de saúde do SUS e nas práticas de promoção da saúde.

Finalmente, cabe destacar que com a recente publicação da Portaria nº 958/2016, o agente comunitário de saúde e o técnico de enfermagem deixam de fazer parte da equipe mínima de saúde da família, e passam a ser profissionais complementares da equipe multiprofissional, cabendo ao gestor municipal a responsabilidade de decisão quais categorias profissionais serão acrescidas a equipe de saúde da família do município. Cabe destacar que a flexibilização para preenchimento das vagas de ACS por técnicos de enfermagem já está sendo discutida entre gestores municipais e conselhos profissionais.

Contudo, as possibilidades de mudanças na composição das equipes de atenção básica instituída pela nova portaria irão resultar em novos impactos relacionados à gestão do trabalho dos ACS acentuando a precarização das relações de trabalho e a desregulação da profissão implicando no enfraquecimento da atenção primária a saúde. Diante deste cenário, é importante analisar as consequências desencadeadas por uma possível extinção do programa de agentes comunitários de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, CB. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.; LOPES, M.R. (Orgs.). Interface Comunicação saúde educação v.17, n.46, p.729-35, jul./set. 2013
- AQUINO R, MEDINA MG, VILASBÔAS ALQ e BARRETO ML. Programa de Saúde da Família: análise de sua implantação no Brasil. In: Silva LR (org.). Diagnóstico em pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, p. 1031-1040.
- AQUINO, R.; MEDINA, M.G; NUNES, C.A; SOUSA, M.F. A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim J e Almeida-Filho N (org). Saúde Coletiva: Teoria e Prática, Editora MedBooks, 2013.
- BARCELLOS, CSN et al. Perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS) de Vitória - ES. Rev Odontologia. 2006;8(1):21-8.
- BORNSTEIN, VJ; DAVID, HMSL. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 107-128, 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 12994 de 17 de Junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF, 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite / Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF, 1997a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família - uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1997b.
- BRASIL, Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística. Vamos conhecer o Brasil. <http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/nupcialidade-efecundidade.html>.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 116 p http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro5.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional nº 51 de 14 de fevereiro de 2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Brasília, DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Histórico da cobertura de saúde da família. http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Histórico da cobertura de saúde da família. Nota técnica. http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_nota_tecnica.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. PCCS –SUS : diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 52 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. 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). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. DECRETO Nº 7.133, DE 19 DE MARÇO DE 2010. Regulamenta os critérios e procedimentos gerais a serem observados para a realização das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento das gratificações de desempenho. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. **Título IX das disposições constitucionais gerais.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm#adct.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 11350, de 5 de Outubro de 2006. As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Brasília, DF, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 243, DE 25 DE SETEMBRO DE 2015 Dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e seu conteúdo. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 98 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS : DesprecarizaSUS : perguntas & respostas : Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p

CHIAVENATO Idalberto. Administração geral e pública: Avaliação de Desempenho. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.p.175-17.

CARNEIRO, CCG; MARTINS, MIC. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 45-66, 2015.

CASTRO, J et al. Relatório de Pesquisa “Avaliação do Funcionamento das Mesas de Negociação do Trabalho das Secretarias de Saúde das Regiões Nordeste e Sul” Observatório RH UFRN, 2013. Disponível em: <http://observarh.ufrn.br/index.php/pesquisas/item/11-avaliacao-do-funcionamento-das-mesas-de-negociacao-do-trabalho-das-secretarias-de-saude-das-regioes-nordeste-e-sul>

Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde / organizado por Ada Ávila Assunção e Soraya Almeida Belisário. -- Belo Horizonte: Nescon - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007. 40p.: il. color; 21 x 25cm. (Serie Nescon de Informes Técnicos; n.1) <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0942.pdf>

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

COSTA, SM et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Jul 2013, vol.18, no.7, p.2147-2156.

COTTA, RMM et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006 .

COSTA, MC da et al . Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 3, p. 134-140, 2012

COSTA MC, SILVA EB, JAHN AX, RESTA DG, COLOM ICS, CARLI R. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev Gaúcha Enferm.** 2012;33(3):134-140.

DA SILVA, MH; SANTOS MR. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família da zona norte do município de juiz de fora. **Revista APS**, v.6, n.2, p.70-76, jul./dez. 2003.

Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Reunião discute a flexibilização para preenchimento das vagas de agente comunitário de saúde.

<http://www.corenmg.gov.br/corenmg/noticias/12231-reuniao-discute-substituicao-de-acs-por-tecnico-em-enfermagem.html>

DAU, DM; CERCA, AP. A negociação coletiva como metodologia de gestão do trabalho. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 47, p. 29-30, maio 2012.

DEJOUR, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho, 1ª edição, 15ª reimpressão- São Paulo: Atlas 2014, p.26-27,47,125-126.

DIAS, EC; SILVA, TL. Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: Possibilidades, desafios e perspectivas. Belo Horizonte, Coopemed, 2013. p.27.

DOMINGUEZ, B. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: a desprecarização é urgente. **Rev. Radis**, n. 46: 8. Rio de Janeiro, 2006

FERRAZ, L; AERTS, DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FILGUEIRAS, AS; SILVA ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis*, 2011, vol.21, no.3, p.899-916.

FONSECA, AF; MOROSINI, MVGC; MENDONCA, MHM. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Trabalho, Educação em Saúde**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, p. 525-552, 2013.

FONSECA, AF; MENDONCA, MHM. A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 343-357, 2014

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: Pereira, I.B; Lima, J.C.F (Org). Dicionário da educação profissional em saúde, 2.ed. rev. ampliada. - Rio de Janeiro: EPSJV, p.399 2008.<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>

GALAVOTE, HS et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*, Jan 2011, vol.16, no.1, p.231-240.

GOMES, KO et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-1164, 2010.

GOMES, KO et al . A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saude soc.**, São Paulo , v. 18, n. 4, p. 744-755, 2009 .

GOUVEA, GR et al. Avaliação do conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1185-1197, 2015.

JARDIM, TA; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

JUNQUEIRA, TS et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

KLUTHCOVSKY, ACGC. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 176-183, 2007.

KOSTER, I, MACHADO, MH. A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 47, p. 33-44, maio 2012.

KOSTER, I. **A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde**. 2008. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Rio de Janeiro (ENSP), 2008.

LIMA, AG; et al. Fotoexposição solar e fotoproteção de agentes de saúde em município de Minas Gerais. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2010;12(3):478-82.

LINO MM, LANZONI GMM, ALBUQUERQUE GL. Perfil Socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. *Cogitare Enfermagem* 2012; 7(1):57-56

MACHADO, MH; KOSTER, I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: As políticas de desprecarização no sistema Único de Saúde. In: Assunção, Ada Ávila (org) *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz*, 2011,p. 195-212.

MACHADO, MH; VIEIRA, ALS; OLIVEIRA, E. Gestão, trabalho e educação em saúde: perspectivas teórico metodológicas. In: BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (Org) *Políticas, Planejamento e gestão em saúde. Abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p. 292-317

MACHADO, MH. Gestão do trabalho em saúde. In: Pereira, I.B; Lima, J.C.F (Org). *Dicionário da educação profissional em saúde*, 2.ed. rev. ampliada. - Rio de Janeiro: EPSJV, p.227 2008.

MARTELETO, RM; DAVID, HMSL. Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1211-1226, 2014.

MAGALHÃES, AGA. **Precarização do trabalho: reflexos e impactos na política de saúde brasileira**. Trabalho apresentado na VIII jornada internacional de políticas públicas, Maranhão, 2015.<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo2/precarizacao-do-trabalho-reflexos-e-impactos-na-politica-de-saude-brasileira.pdf>.

MATTA, C. G; MOROSINI, M.V.G. Atenção primária a Saúde. In: Pereira, I.B; Lima, J.C.F (Org). Dicionário da educação profissional em saúde, 2.ed. rev. ampliada. - Rio de Janeiro: EPSJV, p.44, 2008.

Minha casa minha vida deverá ter nova faixa de renda.
<http://exame.abril.com.br/economia/noticias/minha-casa-minha-vida-devera-ter-nova-faixa-de-renda>

MARZARI, CK; JUNGES, JR; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 873-880, 2011

MENEGUSSI, JM; OGATA, MN; ROSALINI, MHP. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 87-106, 2014.

MODESTO, MSA et al . Avaliação de curso técnico de agente comunitário de saúde sob a ótica dos egressos. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 387-406, Nov. 2012 .

MORAES, PN.; IGUTI, AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul/set 2013.

MOROSINI, MVGC. O agente comunitário de saúde: práticas educativas. *Trabalho, educação e Saúde*, Out 2012, vol.10, no.2, p.347-348.

MOROSINI, MV. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. 202

MOTA, RRA; DAVID, HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 229-248, 2010.

MUSSE, JO et al . Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 525-536, 2015.

NASCIMENTO, CMB. **Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife**. 2005. Trabalho de conclusão de curso. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

NEVES, FBS; BENITO, GAV. Refletindo sobre avaliação de desempenho do enfermeiro no contexto do sistema único de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 57, n. 4, p. 459-463, 2004.

NOGUEIRA, RP; RIBEIRO, ABO. Reflexões sobre diferentes temas: capital e trabalho nos serviços de saúde; o estado, as agências e a saúde; vínculos de trabalho na administração pública brasileira / e- Brasília: UnB/CEAM/NESP/ObservaRH, 2010. (SérieFormulação, 1).101-126p

NOGUEIRA, RP; BARALDI, S; RODRIGUES, VA. Limites Críticos das Noções de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Limites_criticos.pdf, Brasília-DF, Brasil 2004, 28p.

PEDROSA, IL et al . Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 319-332, 2011.

PIERANTONI, CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001 .

PIERANTONI C.; VARELLA T.; FRANÇA T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A.F.R. et al (org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*, v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 51–70.

PINTO, ICM; NUNES, TCM; BELISÁRIO, SA; CAMPOS, FE In: Paim J e Almeida-Filho N (org). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*, Editora MedBooks, 2013, cap 41 p. 611-623.

QUEIROS, AAL; LIMA, LP. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 257-281, 2012.

RIZZOTO, MLF ET AL. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 237-251, 2014

SANTOS, KT et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011.

SEIDL, H et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 94-108, 2014.

SIMÕES AR. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. *Rev Saúde Públ.* 2009;2(1):6-21.

SILVA, CA et al . Formação técnica do agente comunitário de saúde: desafios e conquistas da Escola Técnica de Saúde do Tocantins. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 3, p. 609-621, 2009.

SILVA JA; DALMASO ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface (Botucatu)*, Fev 2002, vol.6, no.10, p.75-83

SILVA, TH; DIAS, EC; RIBEIRO, ECO. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 859-870, 2011.

STANDING, G. O precariado e a luta de classes”, Revista Crítica de Ciências Sociais, 103, Maio2014:9-24: http://www.guystanding.com/files/documents/Precariat_and_class_struggle_Revista_Critica_as_published.pdf

STANDING, G.O precariado: A nova classe perigosa.1 ed; 2 reimpressao- belo horizonte: editora autentica, 2015 p 15-49

THEISEN, NIS. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS): Condições de Trabalho e Sofrimento Psíquico**. 2004. Dissertação (Mestrado). Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2004.

URSINE, BL; TRELHA, CS; NUNES, EFPA. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010.

VIANA D'ÁVILA AL; DAL POZ MR. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, 8(2):11-48, 1998.

VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.; LOPES, M.R. (Orgs.). Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

VIEIRA, M. Recursos humanos em saúde. In: Pereira, I.B; Lima, J.C.F (Org). *Dicionário da educação profissional em saúde*, 2.ed. rev. ampliada. - Rio de Janeiro: EPSJV, p.343 2008.<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>

ANEXOS

ANEXO A

MÓDULO II – INSTRUMENTO PERCEPÇÃO DO ACS

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

II.1.1 Patrimônio: _____

II.1.2. Código do Entrevistador: _____

II.1.3 Código do Supervisor: _____

ENTREVISTADOR: AGORA PERGUNTAREI ALGUMAS INFORMAÇÕES REFERENTES A IDENTIFICAÇÃO DO (A) SENHOR (A)

II.1.4 Mora na área de atuação:

[1] Sim

[2] Não

II.1.5 Como é feito o deslocamento até o local de trabalho?

[1] A pé

[2] Transporte particular

[3] Transporte público

II.1.6 Nome da Unidade de Referência: _____

II.1.7 Coordenadas GPS (por favor capture as coordenadas na tela anterior através do botão com ícone de satélite):

Latitude: _____

Longitude: _____

[997] Não foi possível obter as coordenadas

II.1.9 Tipo de Unidade:

[1] UBS com saúde da família

[2] UBS sem saúde da família

II.1.10 Localização da Unidade:

[1] Zona Rural

[2] Zona Urbana

II.1.11 Nome da equipe: _____

II.1.12 Mês de admissão do ACS nesta unidade: _____

II.1.12.1 Ano de admissão do ACS nesta unidade: _____

II - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

ENTREVISTADOR: AGORA PERGUNTAREI ALGUMAS INFORMAÇÕES REFERENTES A IDENTIFICAÇÃO DO (A) SENHOR (A)

II.2.1 Idade: _____ (anos)

II.2.1.1 Qual o ano de Nascimento do (a) senhor (a): _____ (ano)

II.2.1.2 Qual o mês de nascimento do (a) senhor (a): _____ (mês)

II.2.1.3 Qual o dia de nascimento do (a) senhor (a): _____ (dia)

II.2.2 Sexo:

- [1] Feminino
- [2] Masculino

II.2.3 Como o(a) senhor (a) considera a sua raça ou cor:

- [1] Branca
- [2] Preta
- [3] Parda
- [4] Amarela (de origem asiática)
- [5] Indígena
- [997] Não sabe
- [999] Recusou – se a responder

II.2.4 Qual o grau mais alto de educação que o (a) Senhor (a) cursou?

- [1] Fundamental
- [2] Fundamental Incompleto
- [3] Fundamental em curso
- [4] Ensino Médio
- [5] Ensino Médio Incompleto
- [6] Ensino Médio em curso
- [7] Superior
- [8] Superior Incompleto
- [9] Superior em curso

- [10] Pós Graduação
- [11] Pós Graduação Incompleta
- [12] Pós Graduação em curso
- [997] Não sabe
- [999] Recusou – se a responder

II.2.5 Com relação a sua situação conjugal atual ou (a) Senhor (a) é?

- [1] Casado (a) ou possui companheiro (a)
- [2] Solteiro (a)
- [3] Separado (a) ou divorciado (a)
- [4] Viúvo (a)

II.2.6 O (a) Senhor (a) tem alguma religião ou freqüenta algum grupo religioso?

- [1] Sim
- [2] Não tem religião, mas acredita em Deus (PULAR PARA II.2.7)
- [3] Não. É ateu (PULAR PARA II.2.7)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.2.7)
- [999] Recusou – se a responder (PULAR PARA II.2.7)

II.2.6.1 Em caso afirmativo, o (a) senhor (a) é:

- [1] Católico (PULAR PARA II.2.6.3)
- [2] Evangélico (PULAR PARA II.2.6.3)
- [3] Protestante (PULAR PARA II.2.6.3)
- [4] Candomblé (PULAR PARA II.2.6.3)
- [5] Espírita (PULAR PARA II.2.6.3)
- [6] Espiritualista (PULAR PARA II.2.6.3)
- [7] Não tem religião, mas acredita em Deus (PULAR PARA II.2.6.3)
- [8] É ateu (PULAR PARA II.2.7)
- [9] Outra

II.2.6.2 Qual religião: _____

II.2.6.3 Em caso afirmativo, o (a) Senhor (a) é praticante?

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.2.6.4 Com que freqüência o (a) Senhor (a) participa das atividades da sua religião?

- [1] Diariamente
- [2] Duas ou três vezes por semana
- [3] Semanalmente
- [4] Quinzenalmente
- [5] Mensalmente
- [6] Anualmente

- [7] Sem periodicidade definida
[997] Não sabe
[999] Recusou – se a responder

II.2.7 O (a) Senhor (a) tem filhos?

- [1] Sim
[2] Não (PULAR PARA II.2.8)

II.2.7.1 Quantos filhos?

- [1] Um único filho (PULAR PARA II.2.7.4)
[2] Mais de um filho

II.2.7.2 Qual a idade do filho MAIS NOVO? (ENTREVISTADOR: Em caso de filhos menores de um ano digitar “00”)

Anos _____

II.2.7.3 Qual a idade do filho MAIS VELHO? (ENTREVISTADOR: Em caso de filhos menores de um ano digitar “00”)

Anos _____

II.2.7.4 Qual a idade do filho ÚNICO? (ENTREVISTADOR: Em caso de filhos menores de um ano digitar “00”)

Anos _____

II.2.8 Quantas pessoas residem com o (a) Senhor (a)? _____

II.2.9 Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

- [1] O (a) Senhor (a)
[2] Seu (ua) cônjuge ou companheiro (a)
[3] O (a) Senhor (a) e seu conjugue ou companheiro (a), igualmente
[4] Seu pai ou sua mãe
[5] Seu filho ou sua filha
[6] Não tem chefe ou principal responsável da família
[7] Outra pessoa
[997] Não sabe
[999] Recusou –se a responder

III - PERFIL ECONÔMICO

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ALGUNS ASPECTOS ECONÔMICOS DA VIDA DO (A) SENHOR (A)

II.3.1 Qual a renda do (a) Senhor (a) como ACS?

- [1] Até 1 (hum) SM
[2] Maior que 1 (hum) até 1,5 SM
[3] Maior que 1,5 até dois SM

- [4] Maior que 2 até três SM
- [5] Maior que 3 até quatro SM
- [6] Maior que 4 até cinco SM
- [7] Maior que 5 SM
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responde

II.3.2 Qual foi, aproximadamente, a renda total de sua família no mês passado?

- [1] Até 1 (hum) SM
- [2] Maior que 1 (hum) até 1,5 SM
- [3] Maior que 1,5 até dois SM
- [4] Maior que 2 até três SM
- [5] Maior que 3 até quatro SM
- [6] Maior que 4 até cinco SM
- [7] Maior que 5 SM
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responde

II.3.3 O imóvel em que o (a) Senhor (a) reside é:

- [1] Próprio
- [2] Alugado
- [3] Cedido
- [4] Financiada
- [5] Outra situação
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

Quais dos seguintes objetos existem no seu domicílio:

II.3.4 Fogão?

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.3.5 Forno elétrico?

- [1] Sim
-

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.6 Forno de microondas?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.7 Aparelho elétrico para grelhar alimentos?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.8 Batedeira de bolo?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.9 Liquidificador?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.10 Processador de alimentos?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.11 Máquina de lavar roupa?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.12 Máquina de lavar louças?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.13 Rádio?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.14 Televisão?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.15 Geladeira?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.16 Freezer?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.17 Telefone celular?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.18 Telefone fixo?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.19 Microcomputador (computador de mesa, notebook, netbook, laptop, tablet)?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.20 Microcomputador (computador de mesa, notebook, netbook, laptop, tablet) com acesso a internet?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.21 Motocicleta para uso particular?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.3.22 Automóvel para uso particular?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

IV - PERFIL POLÍTICO

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ATIVIDADE POLÍTICA

II.4.1 O (a) Senhor (a) participa ou participou de alguma atividade de mobilização social ou de algum grupo comunitário, órgão de classe, grupo de apoio e ou defesa aos portadores de doenças específicas?

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.5.1)

[997] Não sabe (PULAR PARA II.5.1)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.5.1)

II.4.2 Em qual dos seguintes grupos o (a) senhor (a) participa ou participou nos últimos 12 meses?

[ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

[1] Associação comunitária

[2] Conselho Local de Saúde

[3] Conselho Municipal de Saúde

[4] Conselho Distrital de Saúde

[5] Sindicato

[6] Associações de portadores de doenças específicas

[7] Movimento Nacional de Agentes de Saúde

[8] Federação dos Agentes Comunitários de Saúde

[9] Partido Político

[10] Confederação Nacional dos Agentes Comunitários

[11] Mesa de Negociação Coletiva do SUS

[12] Igreja ou atividade religiosa

[13] Outros

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.4.3 Em relação a sua participação nesses grupos, qual o cargo mais alto que o (a) senhor (a) ocupa ou já ocupou?

[1] Presidente

[2] Vice - presidente

[3] Diretor

[4] Vice-Diretor

[5] Tesoureiro

[6] Secretário

[7] Membro de Comissão

[8] Não ocupou nenhum cargo

[9] Coordenador

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

V - MECANISMOS DE CONTRATAÇÃO E REMUNERAÇÃO

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA CONTRATAÇÃO E REMUNERAÇÃO

II.5.1. Qual seu agente contratante?

[1] Administração direta

[2] Consórcio intermunicipal de direito público

[3] Consórcio intermunicipal de direito privado

[4] Fundação pública de direito público

[5] Fundação pública de direito privado

[6] Organização social (OS)

[7] Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)

[8] Entidade filantrópica

[9] Organização não governamental (ONG)

[10] Cooperativa

[11] Outro(s)

[997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.5.2. Qual o seu tipo de vínculo como ACS?

[1] Empregado público CLT
 [2] Servidor público Estatutário
 [3] Cargo comissionado
 [4] Contrato temporário por prestação de serviço
 [5] Autônomo
 [6] Contrato temporário pela administração pública, regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)
 [7] Outro(s)
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.5.3. O (a) Senhor (a) sabe dizer qual a forma de ingresso para trabalhar nesse município como ACS?

[1] Concurso público
 [2] Seleção pública (Processo Seletivo Simplificado)
 [3] Indicação
 [4] Outra forma
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.5.4. O (a) Senhor (a) sabe dizer quais foram os requisitos mínimos exigidos para sua contratação? (ADMITE-SE MAIS DE UMA RESPOSTA)

[1] Residir na área da comunidade em que for atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
 [2] Haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;
 [3] Haver concluído o ensino fundamental
 [4] Haver concluído o ensino médio
 [5] Disponibilidade integral para exercer suas atividades
 [6] Outros
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.5.5. Desde que ANO o (a) Senhor (a) atua como ACS? _____

II.5.5.1 Desde que MÊS o (a) Senhor (a) atua como ACS? _____

II.5.6. Qual a carga horária de trabalho que o (a) Senhor (a) realiza semanalmente como ACS?

[1] 40h semanais
 [2] 30h semanais
 [3] 20h semanais
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.5.7. Antes do (a) Senhor (a) trabalhar como ACS, já teve experiência em serviço de saúde?

[1] Sim.
 [2] Não
 [997] Não sabe
 [998] Recusou-se a responder

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A VALORIZAÇÃO AO TRABALHADOR DO MUNICÍPIO DO (A) SENHOR (A).

II.6.1. A secretaria de saúde deste município tem plano de carreira definido para o ACS?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.6.3)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.6.3)
- [999] Recusou-se a responder(PULAR PARA II.6.3)

II.6.2 Em caso afirmativo, no plano de carreira implantado para os ACS desse município, existe progressão por titulação e formação profissional?

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.6.3 O (a) Senhor (a) costuma passar por algum tipo de avaliação por parte da equipe e/ou gestão municipal?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.6.5)
- [997] Não Sabe (PULAR PARA II.6.5)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.6.5)

II.6.4. Em caso afirmativo, com qual periodicidade acontece essa avaliação?

- [1] Semanal
- [2] Quinzenal
- [3] Mensal
- [4] Trimestral
- [5] Semestral
- [6] Anual
- [7] Sem periodicidade definida
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.6.5 O (a) senhor (a) recebe algum tipo de incentivo, gratificação ou prêmio financeiro por desempenho?

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.6.6 O (a) Senhor (a) se sente respeitado pelos outros profissionais que compõem a equipe de saúde da família?

- [1] Nada
- [2] Muito pouco
- [3] Mais ou menos
- [4] Bastante
- [5] Extremamente
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.6.7 Os profissionais da equipe de saúde da família valorizam e reconhecem seu trabalho?

- [1] Nada
-

- [2] Muito pouco
- [3] Mais ou menos
- [4] Bastante
- [5] Extremamente
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

VII – CONDIÇÕES DE TRABALHO

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO (A) SENHOR (A)

II.7.1. Em relação à satisfação, como o (a) Senhor (a) se sente em relação ao seu trabalho neste lugar?

- [1] Muito satisfeito
- [2] Satisfeito
- [3] Insatisfeito
- [4] Muito insatisfeito
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.7.2. Qual o número de famílias que o (a) Senhor (a) acompanha na sua microárea? Famílias _____

- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.7.3. Quantas pessoas o (a) Senhor (a) acompanha na sua microárea? Pessoas _____

- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.7.4. Quais dos seguintes materiais necessários para o desenvolvimento de suas atividades como ACS estão disponíveis em sua unidade de saúde/microárea?

- [1] Ficha de cadastramento e acompanhamento
- [2] Mochila
- [3] Fardamento
- [4] Mapa do território em que atua
- [5] Filtro solar
- [6] Materiais para medir e pesar
- [7] Máscara de Proteção
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.7.5. Qual o principal motivo que levou o (a) Senhor (a) a trabalhar como Agente Comunitário de Saúde?

- [1] Oportunidade de emprego
- [2] Porque gosta da área da saúde;
- [3] Porque gosta de trabalhar com pessoas;
- [4] Para colaborar na melhoria da saúde da comunidade onde vive
- [5] Curiosidade
- [6] Possibilidade de residir próximo ao trabalho
- [7] Outros motivos
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.7.6. Quando não está trabalhando como ACS, o (a) Senhor (a) desenvolve alguma outra atividade remunerada?

- [1] Sim
- [2] Não
- [999] Recusou-se a responder

VIII - PROCESSOS DE FORMAÇÃO

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A FORMAÇÃO DO (A) SENHOR (A)

II.8.1. Para atuar como ACS que tipo de formação o (a) senhor (a) recebeu? (ADMITE-SE MAIS DE UMA RESPOSTA)

- [1] Curso Introdutório de Formação Inicial
- [2] Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde
- [3] Outro
- [4] Nenhum
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.8.2. O (a) Senhor (a) possui outro tipo de formação em saúde?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.9.1)

II.8.3. Em caso afirmativo, qual o curso?

- [1] Auxiliar de enfermagem (PULAR PARA II.8.4)
- [2] Técnico em enfermagem (PULAR PARA II.8.4)
- [3] Agente de Combate às Endemias (PULAR PARA II.8.4)
- [4] Cuidador Infantil (PULAR PARA II.8.4)
- [5] Cuidador de Idoso (PULAR PARA II.8.4)
- [6] Técnico em Farmácia (PULAR PARA II.8.4)
- [7] Técnico em Hemoterapia (PULAR PARA II.8.4)
- [8] Técnico em Massoterapia (PULAR PARA II.8.4)
- [9] Técnico em Nutrição e Dietética (PULAR PARA II.8.4)
- [10] Técnico em Podologia (PULAR PARA II.8.4)
- [11] Especialização Técnica em Mamografia (PULAR PARA II.8.4)
- [12] Técnico em Radiologia (PULAR PARA II.8.4)
- [13] Auxiliar em Saúde Bucal (PULAR PARA II.8.4)
- [14] Técnico em Saúde Bucal (PULAR PARA II.8.4)
- [15] Outros (PULAR PARA II.8.4)
- [16] Cursos de Nível Superior

II.8.3.1 Qual o curso de nível superior? _____

II.8.4. O (a) senhor (a) participou de algum curso de educação permanente após inserção nas equipes de saúde?

- [1] Sim

- [2] Não (PULAR PARA II.9.1)
 [997] Não Sabe (PULAR PARA II.9.1)
 [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.9.1)

II.8.5. Para os que realizaram algum curso de educação permanente, qual o total de cursos concluídos?

- [1] 1
 [2] 2
 [3] 3
 [4] 4
 [5] 5
 [6] 6
 [7] 7
 [8] 8
 [9] 9
 [10] 10 ou mais
 [997] Não Sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.8.6. Quais temáticas foram abordadas no(s) curso(s) realizado (s)? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [1] Organização de território.
 [2] Programas específicos: tuberculose, dengue, doenças respiratórias dentre outros.
 [3] Saúde Bucal.
 [4] Promoção da Saúde.
 [5] Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
 [6] Participação em Conselhos Locais de Saúde.
 [7] Outros
 [997] Não Sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.8.7. Qual foi a última vez que o (a) senhor (a) participou de algum treinamento ou curso de educação permanente destinado aos agentes comunitários de saúde?

- [1] Há menos de 6 meses
 [2] Entre 6 meses a 1 ano
 [3] Entre 1 ano a 2 anos
 [4] Mais de 2 anos
 [997] Não Sabe
 [999] Recusou-se a responder

IX – SAÚDE AUTORREFERIDA

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SAÚDE DO (A) SENHOR (A)

II.9.1. O (a) senhor(a) possui plano de saúde?

- [1] Sim**
 [2] Não
 [997] Não Sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.9.2. De um modo geral, em comparação às pessoas da sua idade, como o (a) senhor (a) considera sua saúde?

- [1] Excelente**
 [2] Boa

[3] Regular

[4] Ruim

[5] Péssima

X - DOENÇAS JÁ DIAGNOSTICADAS

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE AS DOENÇAS JÁ DIAGNOSTICADAS AO (A) SENHOR (A). ALGUMA VEZ UM MÉDICO LHE INFORMOU QUE O (A) SENHOR(A) TEVE OU TEM ALGUMAS DAS SEGUINTE DOENÇAS?

II.10.1 – Hipertensão ou pressão alta

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.10.2)

[3] Sim, somente durante gravidez (PULAR PARA II.10.2)

[997] Não sabe (PULAR PARA II.10.2)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.10.2)

II.10.1.1 Com que idade? Anos _____

II.10.2 - Diabetes ou quantidade de açúcar alto no sangue

[1] Sim

[2] Sim, somente durante gravidez (PULAR PARA II.10.3)

[3] Não (PULAR PARA II.10.3)

[997] Não sabe (PULAR PARA II.10.3)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.10.3)

II.10.2.1 Com que idade? Anos _____

II.10.3 – Colesterol alto (gordura no sangue)

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.10.4)

[997] Não sabe (PULAR PARA II.10.4)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.10.4)

II.10.3.1 Com que idade? Anos _____

II.10.4 – Infarto do miocárdio (ataque do coração)

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.10.5)

[997] Não sabe (PULAR PARA II.10.5)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.10.5)

II.10.4.1 Com que idade? Anos _____

II.10.5 – Angina de peito (dor no peito ou isquemia ou má circulação no coração)?

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.10.6)

[997] Não sabe (PULAR PARA II.10.6)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.10.6)

II.10.5.1 Com que idade? Anos _____

II.10.6 – Insuficiência cardíaca (coração grande ou dilatado)

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.10.7)

[997] Não sabe (PULAR PARA II.10.7)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.10.7)

II.10.6.1 Com que idade? Anos _____

II.10.7 – Doença de Chagas

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.10.8)

[997] Não sabe (PULAR PARA II.10.8)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.10.8)

II.10.7.1 Com que idade? Anos _____

II.10.8- Câncer

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.11.1)

[997] Não sabe (PULAR PARA II.11.1)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.11.1)

II.10.8.1 Com que idade? Anos _____

XI - SINTOMAS OSTEOMUSCULARES

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SINTOMAS OSTEOMUSCULARES

Nos últimos 12 meses o (a) Senhor (a) teve problemas (como dor, formigamento dormência) em:

II.11.1 Pescoço

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.11.2 Ombros

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.11.3 Parte superior das costas

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.4 Cotovelos

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.5 Parte inferior das costas

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.6 Punhos/mãos

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.7 Quadril / Coxas

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.8 Joelhos

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.9 Tornozelos/Pés

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.10 Outros

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

Nos últimos 12 meses o (a) Senhor (a) foi impedido (a) de realizar atividades normais (por exemplo: trabalho, atividades domésticas e de lazer) por causa desse problema em:

II.11.11 Pescoço

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.11.12 Ombros

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.11.13 Parte superior das costas

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.11.14 Cotovelos

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.11.15 Parte inferior das costas

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.11.16 Punhos/mãos

- [1] Sim
 - [2] Não
 - [997] Não Sabe
 - [999] Recusou-se a responder
-

II.11.17 Quadril / Coxas

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.11.18 Joelhos

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.11.19 Tornozelos/Pés

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.11.20 Outros

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

Nos últimos 12 meses o (a) Senhor (a) consultou algum profissional da área da saúde (médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição em:

II.11.21 Pescoço

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.11.22 Ombros

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.11.23 Parte superior das costas

- [1] Sim
- [2] Não

[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.24 Cotovelos

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.25 Parte inferior das costas

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.26 Punhos/mãos

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.27 Quadril / Coxas

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.28 Joelhos

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.29 Tornozelos/Pés

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe
[999] Recusou-se a responder

II.11.30 Outros

[1] Sim
[2] Não
[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

Nos últimos 7 dias o (a) Senhor (a) teve algum problema em:

II.11.31 Pescoço

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.11.32 Ombros

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.11.33 Parte superior das costas

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.11.34 Cotovelos

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.11.35 Parte inferior das costas

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.11.36 Punhos/mãos

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.11.37 Quadril / Coxas

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.11.38 Joelhos

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.11.39 Tornozelos/Pés

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.11.40 Outros

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

XII - SAÚDE MENTAL

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS A RESPEITO DE PROBLEMAS COMUNS QUE TALVEZ TENHAM INCOMODADO O (A) SENHOR (A) NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS. POR GENTILEZA, RESPONDA SIM OU NÃO, PARA AS PERGUNTAS A SEGUIR:

II.12.1 O (a) senhor (a) tem dores de cabeça frequentes?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.2 Tem falta de apetite?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.3 Dorme mal?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.4 Assusta-se com facilidade?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.5 Tem tremores nas mãos?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.6 Sente-se nervoso (a), tenso (a), preocupado (a)?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.7 Tem má digestão?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.8 Tem dificuldade em pensar com clareza?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.9. Tem se sentido triste ultimamente?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.10 Tem chorado mais que de costume?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.11 Encontra dificuldades em realizar suas atividades diárias?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.12 Tem dificuldades para tomar decisões?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.13 Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento)?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.14 É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.15 Tem perdido o interesse pelas coisas?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.16 O (a) senhor (a) se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.17 Tem tido a idéia de acabar com a vida?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.18 Sente-se cansado o tempo todo?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

II.12.19 Tem sensações desagradáveis no estômago?

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

XIII – AFASTAMENTO POR DOENÇA

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE QUALQUER TIPO DE AFASTAMENTO POR MOTIVO DE DOENÇA QUE PORVENTURA O (A) SENHOR (A) TENHA TIDO NOS ÚLTIMOS 12 MESES.

II.13.1 O (a) Senhor (a) esteve afastado (a) das suas atividades laborais em decorrência de problemas de saúde nos últimos 12 meses?

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.14.1)

[997] Não Sabe (PULAR PARA II.14.1)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.14.1)

II 13.2 Quantas vezes isto aconteceu? vez (es)

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.13.3 Você sabe o seu último diagnóstico?

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.13.4)

[997] Não Sabe (PULAR PARA II.13.4)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.13.4)

II.13.3.1 Qual foi? _____

II.13.4 Na opinião do (a) Senhor (a), este último diagnóstico teve relação com as atividades realizadas no trabalho?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.13.5.1 Quanto ANOS o (a) Senhor (a) permaneceu afastado da última vez? anos

[997] Não sabe/não respondeu

[999] Recusou-se a responder

[996] Não se aplica

II.13.5.2 Quanto MESES o (a) Senhor (a) permaneceu afastado da última vez? meses

[997] Não sabe/não respondeu

[999] Recusou-se a responder

[996] Não se aplica

II.13.5.3 Quanto DIAS o (a) Senhor (a) permaneceu afastado da última vez? dias

[997] Não sabe/não respondeu

[999] Recusou-se a responder

[996] Não se aplica

II.13.6 Durante o afastamento, a remuneração do (a) Senhor (a) foi mantida?

[1] Sim, integralmente

[2] Sim, parcialmente

[3] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.13.7 – O (a) Senhor (a) recebeu o apoio necessário de seus colegas quando precisou ausentar-se do trabalho por motivo de doença?

[1] Nada

[2] Muito pouco

[3] Mais ou menos

[4] Bastante

[5] Extremamente

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.13.8 – O (a) Senhor (a) recebeu o apoio necessário do seu (sua) supervisor (a) ou gerente quando precisou ausentar-se do trabalho por motivo de doença?

[1] Nada

[2] Muito pouco

[3] Mais ou menos

[4] Bastante

[5] Extremamente

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

XIV - USO DE MEDICAMENTOS

ENTREVISTADOR (A): AGORA PERGUNTAREI SOBRE MEDICAMENTOS QUE O (A) SENHOR (A) TENHA USADO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS

II.14.1 Nas últimas duas semanas, o (a) Senhor (a) usou algum tipo de medicamento?

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.15.1)

[997] Não Sabe (PULAR PARA II.15.1)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.15.1)

II.14.2 Em caso positivo, essa medicação é de uso contínuo?

[1] Sim

[2] Não, apenas de uso esporádico

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.14.3 Em relação a essa medicação utilizada foi:

[1] Prescrita

[2] Automedicação

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

XV- VIOLÊNCIA NO TRABALHO

ENTREVISTADOR: AGORA PERGUNTAREI SOBRE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA QUE O (A) SENHOR (A) POSSA TER VIVENCIADO NO SEU TRABALHO.

II.15.1 Qual é o seu grau de preocupação com a violência na unidade de saúde e na comunidade onde o (a) Senhor (a) trabalha?

- [1] Muito preocupado
- [2] Preocupado
- [3] Pouco preocupado
- [4] Nada preocupado
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.15.2 Nos últimos 12 meses, o (a) Senhor (a) foi vítima de VIOLÊNCIA FÍSICA na unidade de saúde ou na comunidade onde trabalha?(Entende-se por VIOLÊNCIA FÍSICA o uso de força física contra outra pessoa ou grupo que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Inclui bater, dar pontapé, esbofetear, alvejar, empurrar, morder, beliscar, contaminar com produtos orgânicos – p.e, saliva, sangue, entre outros)

- [1] Sim.
- [2] Não (PULAR PARA II.15.5)
- [997] Não Sabe (PULAR PARA II.15.5)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.15.5)

II.15.3 Em caso afirmativo, quantas vezes isso aconteceu?

- [1] Uma vez
- [2] 2-5 vezes
- [3] Mais de 5 vezes
- [997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.15.4 Em caso afirmativo, quem o (a) agrediu fisicamente?

[1] Gerente da Unidade

[2] Supervisor

[3] Colega ACS

[4] Profissional da Unidade

[5] Usuário da Unidade

[6] Outros

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.15.5 - Nos últimos 12 meses, o (a) Senhor (a) foi vítima de AMEAÇA/AGRESSÃO VERBAL na unidade de saúde ou na comunidade onde trabalha?(Entende-se por AMEAÇA/AGRESSÃO VERBAL um comportamento que humilha, degrada ou indica uma falta de respeito pela dignidade e valor de uma pessoa. É a comunicação por palavras, tom ou postura que rebaixa, ameaça, acusa ou desrespeita o outro)

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.15.8)

[997] Não sabe (PULAR PARA II.15.8)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.15.8)

II.15.6 Em caso afirmativo, quantas vezes isso aconteceu?

[1] Uma vez

[2] 2-5 vezes

[3] Mais de 5 vezes

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.15.7 Em caso afirmativo, quem o (a) ameaçou ou agrediu verbalmente?

[1] Gerente da Unidade

[2] Supervisor

[3] Colega ACS

[4] Profissional da Unidade

[5] Usuário da Unidade

[6] Outros

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.15.8 - NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o (a) Senhor (a) foi vítima de ASSÉDIO SEXUAL na unidade de saúde ou na comunidade onde trabalha? (Entende-se por ASSÉDIO SEXUAL qualquer comportamento de natureza sexual indesejado, não recíproco e mal recebido que é ofensivo para a pessoa envolvida que faz com que se sinta ameaçada, humilhada ou embaraçada)

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.15.11)

[997] Não sabe (PULAR PARA II.15.11)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.15.11)

II.15.9. Em caso afirmativo, quantas vezes isso aconteceu?

[1] Uma vez

[2] 2-5 vezes

[3] Mais de 5 vezes

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.15.10 Em caso afirmativo, quem o (a) assediou?

- [1] Gerente da Unidade
- [2] Supervisor
- [3] Colega ACS
- [4] Profissional da Unidade
- [5] Usuário da Unidade
- [6] Outros
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.15.11 NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o (a) Senhor (a) sofreu DISCRIMINAÇÃO na unidade de saúde ou na comunidade onde trabalha?(Entende-se por DISCRIMINAÇÃO qualquer conduta ameaçadora baseada na raça, cor, linguagem, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outra característica que não é recíproca nem desejada e que afeta a dignidade das mulheres ou dos homens no trabalho).

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.15.14)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.15.14)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.15.14)

II.15.12 Em caso afirmativo, quantas vezes isso aconteceu?

- [1] Uma vez
- [2] 2-5 vezes
- [3] Mais de 5 vezes
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.15.13 Em caso afirmativo, quem o (a) discriminou?

- [1] Gerente da Unidade
- [2] Supervisor
- [3] Colega ACS
- [4] Profissional da Unidade
- [5] Usuário da Unidade
- [6] Outros
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.15.14 NOS ÚLTIMOS 12 MESES,o (a) Senhor (a) sofreu danos materiais contra a sua PROPRIEDADE PESSOAL na unidade de saúde ou na comunidade onde trabalha? (Por exemplo: danos a seu veículo particular, assalto ou roubo)

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.15.17)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.15.17)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.15.17)

II.15.15. Em caso afirmativo, quantas vezes isso aconteceu?

- [1] Uma vez
- [2] 2-5 vezes
- [3] Mais de 5 vezes
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.15.16 Em caso afirmativo, quem o (a) causou danos materiais a sua propriedade pessoal?

- [1] Gerente da Unidade
- [2] Supervisor
- [3] Colega ACS
- [4] Profissional da Unidade
- [5] Usuário da Unidade
- [6] Outros
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.15.17 Para os que sofreram violência: O (a) Senhor (a) acredita que a violência sofrida possa trazer algum tipo de problema para a sua saúde?

- [1] Nada
- [2] Muito pouco
- [3] Mais ou menos
- [4] Bastante
- [5] Extremamente
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.15.18 NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o (a) Senhor (a) testemunhou na unidade de saúde ou na comunidade onde trabalha algum dos seguintes incidentes: [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [1] Violência física
- [2] Ameaça / agressão verbal
- [3] Assédio moral
- [4] Assédio sexual
- [5] Discriminação
- [6] Violência contra propriedade pessoal

[7] Não testemunhei nenhum incidente (PULAR PARA II.15.20)

[997] Não sabe (PULAR PARA II.15.20)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.15.20)

II.15.19 Em caso afirmativo, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, quantas vezes o (a) Senhor (a) testemunhou algum desses incidentes?

[1] Uma vez

[2] 2-5 vezes

[3] Mais de 5 vezes

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.15.20 Em caso de agressão ou ameaça de violência que providências o (a) Senhor (a) costuma tomar?

[1] Não toma providência

[2] Comunica à gerência

[3] Comunica à Secretaria de saúde

[4] Procura a delegacia

[5] Comunica aos profissionais da UBS/USF

[6] Outra

[7] Não se aplica

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

XVI - ACIDENTE DE TRABALHO

ENTREVISTADOR (A): AGORA PERGUNTAREI SOBRE ACIDENTES OU LESÕES FÍSICAS QUE POSSAM TER OCORRIDO COM O (A) SENHOR (A) NA UNIDADE DE SAÚDE OU NA COMUNIDADE ONDE O (A) SENHOR (A) TRABALHA.

II.16.1 Alguma vez na vida o (a) Senhor (a) sofreu algum tipo de lesão física ou acidente no seu local de trabalho?

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.16.4)

[997] Não Sabe (PULAR PARA II.16.4)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.16.4)

II.16.2 Em caso positivo, de que tipo?

[1] Acidente com pérfuro-cortante (por exemplo: agulha, lâmina de bisturi, faca)

[2] Queda

[3] Outro

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.16.3 Em caso positivo, foi feita a notificação, preenchida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

II.16.4 O (a) senhor (a) já sofreu algum tipo de lesão ou acidente no percurso entre sua casa e seu local de trabalho ou entre seu local de trabalho e a sua casa?

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.17.1)

[997] Não Sabe (PULAR PARA II.17.1)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.17.1)

II.16.5 Em caso positivo, foi feita a notificação, preenchida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não Sabe

[999] Recusou-se a responder

XVII - HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS À SAÚDE

ENTREVISTADOR: AGORA PERGUNTAREI SOBRE OS HÁBITOS DE VIDA DO (A) SENHOR (A).

II.17.1. O (a) Senhor (a) já fumou alguma vez na vida?

- [1] Sim, fumo atualmente
- [2] Sim, mas não fumo atualmente
- [3] Não (PULAR PARA II.17.3)
- [997] Não Sabe (PULAR PARA II.17.3)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.17.3)

(ENTREVISTADOR: 1 carteira de cigarro equivale a 20 cigarros)

II.17.2 Em caso afirmativo, quantos cigarros por dia o (a) Senhor (a) fuma ou fumava?

- [1] de 1 até 4 cigarros por dia
- [2] de 5 até 9 cigarros por dia
- [3] de 10 até 14 cigarros por dia
- [4] de 15 até 19 cigarros por dia
- [5] de 20 até 29 cigarros por dia
- [6] de 30 até 39 cigarros por dia
- [7] 40 ou mais
- [997] Não Sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.17.3. Com que frequência o (a) Senhor (a) consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc.)?

- [1] Nunca(PULAR PARA II.17.9)
- [2] Uma vez por mês ou menos
- [3] 2 ou 4 vezes por mês
- [4] 2 a 3 vezes por semana
- [5] 4 ou mais vezes por semana
- [6] Em datas comemorativas

[997] Não Sabe (PULAR PARA II.17.9)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.17.9)

II.17.4 Quantas doses/ copos/ taças/ latas, contendo álcool, o (a) Senhor (a) consome num dia em que normalmente bebe?

[1] 1 a 2

[2] 3 a 4

[3] 5 a 6

[4] 7 a 9

[5] 10 ou mais

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.17.5 O (a) senhor (a) já sentiu necessidade de parar de beber?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.17.6 O (a) Senhor (a) já se sentiu chateado por pessoas que criticam seu hábito de beber?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.17.7 O (a) senhor (a) já se sentiu culpado por beber?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.17.8 O (a) senhor (a) já bebeu álcool de manhã para acordar?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.17.9 Em relação à atividade física, o (a) Senhor (a) costuma realizar algum tipo de atividade física no seu tempo livre?

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA II.18.1.)

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.17.10 Em caso afirmativo, qual tipo de atividade física o (a) senhor (a) realiza? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

[1] Caminhada

[2] Corrida

[3] Ginástica de academia

[4] Natação

[5] Pedalar

[6] Futebol ou outra prática esportiva de grupo

[7] Outro

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.17.11. Quantos dias por semana o (a) Senhor (a) faz esse tipo de atividade? Dias

II.17.12. Quanto tempo no total essas atividades duram por dia? Minutos

XVIII- CADASTRAMENTO DE FAMÍLIAS/PESSOAS

ENTREVISTADOR: AGORA PERGUNTAREI SOBRE AS AÇÕES OU PRÁTICAS DE TRABALHO QUE O (A) SENHOR (A) DESENVOLVE NA SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

II.18.1. Com que periodicidade o (a) senhor (a) realiza a atualização do cadastramento das famílias/pessoas de sua microárea?

- [0] Não atualiza o cadastramento das famílias
- [1] Semanal
- [2] Quinzenal
- [3] Mensal
- [4] Bimestral
- [5] Trimestral
- [6] Semestral
- [7] Anual
- [8] Sem periodicidade definida
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

XIX - VISITA DOMICILIAR

II.19.1 O (a) senhor (a) realiza visitas domiciliares às famílias/pessoas de sua microárea?

- [1] Sim, sempre
- [2] Sim, na maioria das vezes
- [3] Sim, algumas vezes
- [4] Sim, raras vezes
- [5] Nunca (PULAR PARA V.20.1.)
- [997] Não sabe (PULAR PARA V.20.1.)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA V.20.1.)

II.19.2 Em caso afirmativo, quantos turnos na semana o (a) senhor (a) costuma dedicar para realização de visitas domiciliares?

- [1] Um turno
- [2] Dois turnos
- [3] Três turnos
- [4] Quatro turnos
- [5] Cinco turnos
- [6] Acima de cinco turnos
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.19.3 Com que frequência o senhor realiza a visita domiciliar de rotina às famílias?

- [1] Uma visita família/pessoa a cada 15 dias
- [2] Uma visita família/pessoa a cada mês
- [3] Uma visita família/pessoa em intervalo maior que 1 (hum) mês
- [4] Sem periodicidade definida, a depender da condição de saúde do usuário
- [997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.19.4 Com que frequência o senhor realiza a visita domiciliar em famílias com criança menor de 1 ano ou gestante de risco na sua microárea?

[1] Uma visita à família/pessoa a cada 15 dias

[2] Uma visita à família/pessoa por mês

[3] Uma visita à família/pessoa em intervalo maior que 1 (hum) mês

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.19.5 As visitas que o (a) senhor (a) realiza são programadas com os demais profissionais da UBS/USF?

[1] Sim, sempre

[2] Sim, na maioria das vezes

[3] Sim, algumas vezes

[4] Sim, raras vezes

[5] Nunca (PULAR PARA V.19.7)

[997] Não sabe (PULAR PARA V.19.7)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA V.19.7)

II.19.6 Em caso afirmativo, com qual (ais) profissional (ais) o (a) senhor (a) costuma programar essas visitas domiciliares? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

[1] Médico

[2] Assistente Social

[3] Auxiliar de enfermagem

[4] Auxiliar em Saúde Bucal

[5] Cirurgião dentista

[6] Enfermeiro

[7] Educador Físico

[8] Agente de combate à endemias

[9] Nutricionista

[10] Farmacêutico

[11] Fisioterapeuta

[12] Psicólogo

[13] Técnico em saúde bucal

[14] Técnico de enfermagem

[15] Terapeuta Ocupacional

[16] Outros

II.19.7 A sua equipe possui critérios definidos para a realização das visitas domiciliares?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.19.16)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.19.16)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.19.16)

Em caso afirmativo, quais critérios são utilizados/adotados para realização das visitas domiciliares? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

II.19.8 Usuário residir em área distante da UBS/USF

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não Faz

II. 19.9 Usuário residir em área de difícil acesso

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não Faz

II 19.10 Usuário idoso

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não Faz

II.19.11 Usuário com dificuldade de locomoção

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não Faz

II.19.12 Usuário portador de doença crônica

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não Faz

II.19.13 Criança menor de 2 anos na família

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não Faz

II.19.14 Gestante na família

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido

[3] Não Faz

II.19.15 Outro

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Faz

Cite as atividades que o (a) senhor (a) realiza durante a visita domiciliar? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

II.19.16 Orientações sobre os serviços de saúde

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Faz

II.19.17 Verificação do cartão de vacinação

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Faz

II.19.18 Pesagem de crianças

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Faz

II.19.19 Aferição de tensão arterial

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Faz

II.19.20 Realização de curativos

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Faz

II.19.21 Busca ativa de faltosos

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Faz

II.19.22 Levantamento/acompanhamento de casos de doenças/agravos prevalentes

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Faz

II.19.23 Entrega de medicamentos e orientação sobre seu uso

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Faz

II.19.24 Cadastramento de famílias/pessoas

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Faz

II.19.25 Acompanhamento de famílias/pessoas cadastradas nos programas de combates à pobreza (bolsa família, etc.)

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Faz

II.19.26 Verificação das condições ambientais

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Faz

II.19.27 Outras

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Faz

XX. REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DE PREVENÇÃO DAS DOENÇAS E AGRAVOS

EM RELAÇÃO À SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, QUAIS DAS SEGUINTE AÇÕES O (A) SENHOR (A) REALIZA?

II.20.1 Identificação de famílias com pessoas com transtorno mental e que necessitam de atenção especial:

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.20.2. Identificação de famílias com pessoas em uso/abuso de álcool e outras drogas que necessitam de atenção especial:

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

II.20.3 Encaminhamento de pessoas com transtorno mental à USF/UBS:

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.4 Encaminhamento de pessoas em uso/abuso de álcool e outras drogas à USF/UBS:

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.5 O (a) senhor (a) participa de atividades voltadas aos transtornos mentais com profissionais do NASF e/ou CAPS?

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.6 O (a) senhor (a) participa de atividades voltadas ao uso/abuso de álcool e outras drogas com profissionais do NASF e/ou CAPS?

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

EM RELAÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA, QUAIS DAS SEGUINTE AÇÕES O (A) SENHOR (A) REALIZA?**II.20.7 Orientação sobre o aleitamento materno**

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.8 Verificação do cartão de vacinação da criança

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.20.10)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.20.10)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.20.10)

II.20.9. Em caso afirmativo, com que frequência o (a) senhor (a) verifica o cartão de vacinação da criança?

- [1] Apenas durante as campanhas de imunização
- [2] Na maioria das vezes
- [3] Sempre
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.10 Realização da pesagem das crianças com idade menor ou igual a dois anos (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento)

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.20.12)

[997] Não sabe (PULAR PARA II.20.12)
 [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.20.12)

II.20.11 Em caso afirmativo, o (a) senhor (a) pesa:

[1] Apenas as crianças desnutridas
 [2] Apenas as crianças em risco para desnutrição
 [3] Todas as crianças das famílias acompanhadas
 [4] Outros motivos
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

ENTREVISTADOR: AGORA PERGUNTAREI SOBRE ATIVIDADES VOLTADAS À SAÚDE DA MULHER

II.20.12 O (a) senhor (a) orienta as mulheres sobre a prevenção do câncer de colo de útero?

[1] Sim
 [2] Não (PULAR PARA II.20.14)
 [997] Não sabe (PULAR PARA II.20.14)
 [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.20.14)

II.20.13 Em caso afirmativo, o (a) senhor (a) orienta:

[1] Apenas mulheres em situação de risco (histórico de câncer na família, uso/abuso de álcool e ou tabaco, histórico de DSTs etc.)
 [2] Todas as mulheres acompanhadas
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.20.14 O (a) senhor (a) orienta as mulheres sobre o autoexame das mamas?

[1] Sim
 [2] Não (PULAR PARA II.20.16)
 [997] Não sabe (PULAR PARA II.20.16)
 [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.20.16)

II.20.15 Em caso afirmativo, o (a) senhor (a) orienta:

[1] Apenas mulheres em situação de risco (histórico de câncer na família, uso/abuso álcool e ou tabaco, uso de contraceptivo oral, etc.)
 [2] Todas as mulheres acompanhadas
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.20.16 O (a) senhor (a) orienta as mulheres sobre o planejamento familiar?

[1] Sim
 [2] Não
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.20.17 O (a) senhor (a) fornece informações quanto à prevenção de DST's?

[1] Sim
 [2] Não
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

ENTREVISTADOR: CONSIDERANDO A SAÚDE DO HOMEM, QUAIS DAS SEGUINTE AÇÕES O (A) SENHOR (A) REALIZA?

II.20.18 Orientação sobre a prevenção do câncer de próstata:

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.20.20)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.20.20)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.20.20)

II.20.19 Em caso afirmativo, o (a) senhor (a) orienta:

- [1] Os homens em situação de risco (histórico de câncer na família, uso/abuso de álcool e ou tabaco etc.)
- [2] Todos os homens acompanhados
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.20 Orientação sobre a prevenção de DST's (DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS)

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

ENTREVISTADOR: COM RELAÇÃO AO INCENTIVO AO DESENVOLVIMENTO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS, QUAIS DAS SEGUINTE AÇÕES O (A) SENHOR (A) REALIZA?**II.20.21. Orientação quanto ao consumo moderado de sal e açúcar:**

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.20.23)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.20.23)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.20.23)

II.20.22 Em caso afirmativo, o senhor (a) orienta: [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [1] Quando o usuário é hipertenso
- [2] Quando o usuário é diabético
- [3] Quando o usuário está acima do peso
- [4] Todos os usuários independente da sua condição
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.23 Orientação quanto à redução do consumo de gorduras e frituras:

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.20.25)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.20.25)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.20.25)

II.20.24 Em caso afirmativo, o senhor (a) orienta: [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [1] Quando o usuário é hipertenso
- [2] Quando o usuário é diabético
- [3] Quando o usuário está acima do peso
- [4] Todos os usuários independente da sua condição
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.25 Orientação quanto ao consumo de frutas, verduras, hortaliças etc.

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.20.27)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.20.27)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.20.27)

II.20.26 Em caso afirmativo, o senhor (a) orienta: [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [1] Quando o usuário é hipertenso
- [2] Quando o usuário é diabético
- [3] Quando o usuário está acima do peso
- [4] Todos os usuários independente da sua condição
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.27 O (a) senhor (a) informa às pessoas quanto aos danos decorrentes do consumo de cigarro e bebidas alcoólicas?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.20.29)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.20.29)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.20.29)

II.20.28 Em caso afirmativo, essas informações são dirigidas a quem? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [1] Aos adolescentes em geral
- [2] Aos adultos em geral
- [3] Aos idosos em geral
- [4] Apenas às pessoas que consomem tabaco e/ou bebidas alcoólicas
- [5] A todas as pessoas acompanhadas
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.29 Orientação quanto à prática de atividade física:

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.20.31)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.20.31)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.20.31)

II.20.30 Em caso afirmativo, a quem se dirigem essas informações: [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [1] Aos usuários hipertensos
- [2] Aos usuários diabéticos
- [3] Aos usuários que estão acima do peso
- [4] A todos os usuários

ENTREVISTADOR: EM RELAÇÃO AOS PROBLEMAS DE SAÚDE PREVALENTES, OU SEJA, AOS PROBLEMAS QUE ACONTECEM COM FREQUÊNCIA NA COMUNIDADE, QUAIS DAS SEGUINTE AÇÕES O (A) SENHOR (A) REALIZA?**II.20.31 Orientação sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares:**

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.20.33)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.20.33)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.20.33)

II.20.32 Em caso afirmativo, a quem se dirigem essas orientações? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [1] Aos usuários hipertensos
- [2] Aos usuários diabéticos
- [3] Aos usuários que estão acima do peso
- [4] Aos usuários com histórico familiar de hipertensão
- [5] Para todo os usuários
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.33 Encaminhamento dos indivíduos com suspeita de hipertensão arterial para consulta de enfermagem:

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.34 Registro dos usuários com diagnóstico de hipertensão na ficha de acompanhamento:

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.35 Verificação do comparecimento dos pacientes hipertensos nas consultas agendadas na unidade de saúde:

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.36 Orientação sobre os fatores de risco para o diabetes:

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.20.38)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.20.38)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.20.38)

II.20.37 Em caso afirmativo, a quem se dirigem essas orientações? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [1] Aos usuários hipertensos
- [2] Aos usuários diabéticos
- [3] Aos usuários que estão acima do peso
- [4] Aos usuários com histórico familiar de diabetes
- [5] Para todo os usuários
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.38 Registro dos usuários com diagnóstico de diabetes na ficha de acompanhamento

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.39 Verificação do comparecimento dos pacientes com diabetes às consultas agendadas na unidade de saúde

- [1] Sim

[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.20.40 O (a) senhor (a) encaminha os casos suspeitos de dengue à UBS/USF?

[1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.20.41 O (a) senhor (a) atua junto aos domicílios, informando aos seus moradores sobre sintomas e riscos da dengue?

[1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.20.42 O (a) senhor (a) comunica ao enfermeiro supervisor sobre os imóveis fechados e recusas?

[1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.20.43 O (a) senhor (a) comunica ao Agente de Combate a Endemias sobre imóveis fechados e recusas?

[1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.20.44 O (a) senhor (a) encaminha os casos suspeitos de tuberculose para a UBS/USF?

[1] Sim
[2] Não
[3] Não se aplica
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.20.45 O (a) senhor (a) supervisiona a tomada da medicação do paciente com tuberculose, conforme orientado pelo médico da UBS/USF?

[1] Sim
[2] Não
[3] Não se aplica
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.20.46 O (a) senhor (a) realiza a busca ativa de faltosos e daqueles que abandonaram o tratamento?

[1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.20.47 O (a) senhor (a) orienta os usuários sobre a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.20.49)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.20.49)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.20.49)

II.20.48 Em caso afirmativo, o senhor orienta: [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [1] Usuários do sexo masculino
- [2] Usuários do sexo feminino
- [3] Todos os usuários
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.20.49 O (a) senhor (a) encaminha pessoas com queixas/sinais sugestivos de DST para a UBS/USF?

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

XXI. REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

ENTREVISTADOR: AGORA PERGUNTAREI SOBRE ATIVIDADES DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE. QUAIS DAS SEGUINTE AÇÕES, O (A) SENHOR (A) REALIZA?

II.21.1. Identificação de áreas com esgoto a céu aberto:

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.21.2. Levantamento de problemas relacionados à coleta de lixo:

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.21.3. Levantamento de problemas relacionados à preservação ambiental:

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.21.4. Identificação de situações de risco relacionadas à condição de moradia:

- [1] Sim
- [2] Não
- [3] Não se aplica
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.21.5. Identificação de focos de doenças (dengue, leptospirose):

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.21.7)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.21.7)
- [998] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.21.7)

II.21.6 Em caso afirmativo, com que frequência o (a) senhor (a) realiza o levantamento de focos de doenças?

- [1] Sempre
- [2] Na maioria das vezes
- [3] Algumas vezes
- [4] Raras vezes
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.21.7 Identificação de surto de casos de doenças:

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.21.9)
- [3] Não se aplica (PULAR PARA II.21.9)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.21.9)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.21.9)

II.21.8 Em caso afirmativo, com que frequência o (a) senhor (a) realiza a identificação de surto de casos de doenças?

- [1] Sempre
- [2] Na maioria das vezes
- [3] Algumas vezes
- [4] Raras vezes
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.21.9 Busca ativa de faltosos a tratamentos e/ou tratamentos em geral

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.21.11)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.21.11)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.21.11)

II.21.10 Em caso afirmativo, com que frequência o (a) senhor (a) realiza busca ativa de faltosos?

- [1] Sempre
- [2] Na maioria das vezes
- [3] Algumas vezes
- [4] Raras vezes
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.21.11 O (a) senhor (a) informa à equipe de saúde sobre doenças e/ou agravos de notificação compulsória identificados em sua microárea?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.21.13)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.21.13)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.21.13)

II.21.12 Em caso afirmativo, com que frequência isso ocorre?

- [1] Sempre
 [2] Na maioria das vezes
 [3] Algumas vezes
 [4] Raras vezes
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.21.13 O (a) senhor (a) acompanha os casos de doenças/agravos prevalentes na comunidade?

- [1] Sim
 [2] Não
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

XXII - PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA**II.22.1 O (a) senhor (a) discute os problemas da microárea que acompanha com a população?**

- [1] Sim
 [2] Não (PULAR PARA II.22.12)
 [997] Não sabe (PULAR PARA II.22.12)
 [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.22.12)

ENTREVISTADOR: Quais dos seguintes problemas o (a) senhor (a) discute com a população? (APENAS PERGUNTAR SE A RESPOSTA FOR POSITIVA NA QUESTÃO ANTERIOR)**II.22.2 Problemas ambientais (poluição de rios, córregos, contaminação do solo, descarte inadequado do lixo etc.):**

- [1] Sim
 [2] Não
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.22.3 Problemas de saneamento básico (coleta de lixo, esgoto a céu aberto etc.):

- [1] Sim
 [2] Não
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.22.4 Focos de doenças:

- [1] Sim
 [2] Não
 [997] Não sabe
 [999] Recusou-se a responder

II.22.5 Problemas de infraestrutura da comunidade (pavimentação de ruas, calçadas etc.):

- [1] Sim

[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.22.6 Problemas relacionados à moradia (residências em situação de risco de desabamento, enchentes etc.):

[1] Sim
[2] Não
[3] Não se aplica
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.22.7 Problemas relacionados ao funcionamento da UBS/USF (dificuldades na marcação de consultas, exames, dispensação de medicamentos, falta de profissionais etc.):

[1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.22.8 Problemas relacionados à violência física:

[1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.22.9 Problemas relacionados à violência sexual:

[1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.22.10 Problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas:

[1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.22.11 Outros:

[1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.22.12 O (a) senhor (a) organiza e/ou participa de mutirões na comunidade?

[1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.22.13 O (a) senhor (a) organiza e/ou participa de reuniões com líderes comunitários?

- [1] Sim
[2] Não (PULAR PARA II.22.15)
[997] Não sabe (PULAR PARA II.22.15)
[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.22.15)

II.22.14 Em caso afirmativo, com que frequência isso ocorre?

- [0] Eventual
[1] Semanal
[2] Mensal
[3] Semestral
[4] Anual
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.22.15 O (a) senhor (a) oferece apoio às organizações comunitárias (associações, conselhos locais etc.)?

- [1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.22.16 O (a) senhor (a) organiza e/ou participa de campanhas ou outros tipos de ações de mobilização contra a violência na comunidade?

- [1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.22.17 O (a) senhor (a) organiza e/ou participa de campanhas ou outros tipos de ações em defesa de direitos da comunidade?

- [1] Sim
[2] Não
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

II.22.18 Como o (a) senhor (a) classificaria o seu envolvimento com a participação comunitária?

- [1] Excelente
[2] Bom
[3] Regular
[4] Ruim
[5] Péssimo
[997] Não sabe
[999] Recusou-se a responder

XXIII PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

ENTREVISTADOR: AGORA PERGUNTAREI SOBRE O PLANEJAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE

II.23.1 O (a) senhor (a) participa do planejamento das ações de saúde com a equipe de profissionais da UBS/USF?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.23.5)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.23.5)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.23.5)

II.23.2 Em caso afirmativo, com que frequência o (a) senhor (a) participa?

- [1] Sempre
- [2] Na maioria das vezes
- [3] Algumas vezes
- [4] Raras vezes
- [997] Não sabe
- [999] Recusou – se a responder

II.23.3 Com qual (ais) profissional (ais) o (a) senhor (a) planeja as ações de saúde?

- [1] Médico
- [2] Assistente Social
- [3] Auxiliar de enfermagem
- [4] Auxiliar em Saúde Bucal
- [5] Cirurgião-dentista
- [6] Enfermeiro
- [7] Educador Físico
- [8] Agente de combate à endemias
- [9] Nutricionista
- [10] Farmacêutico
- [11] Fisioterapeuta
- [12] Psicólogo
- [13] Técnico em saúde bucal
- [14] Técnico de enfermagem
- [15] Terapeuta Ocupacional
- [16] Outros

II.23.4 Qual (ais) das seguintes ações o (a) senhor (a) planeja com o (s) profissional (ais) da UBS/USF?

- [1] Ações envolvendo instituições/organizações que não integram o setor saúde
- [2] Ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos (palestras de sala de espera, grupos de discussão, oficinas, feiras de saúde etc.)
- [3] Discussões de caso (pacientes descompensados, com complicações, com pouca adesão ao tratamento, etc.)
- [4] Atividades voltadas a grupos específicos (gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos etc.)
- [5] Busca ativa
- [6] Visitas domiciliares
- [7] Notificação de doenças
- [8] Mobilização comunitária
- [9] Levantamento/acompanhamento de casos de doenças/agravos prevalentes
- [10] Cadastramento de famílias/pessoas
- [11] Outras
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.23.5 O (a) senhor (a) costuma participar de reuniões de rotina da equipe?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.23.7)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.23.7)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.23.7)

II.23.6 Em caso afirmativo, com que frequência o (a) senhor (a) participa das reuniões de rotina da equipe?

- [1] Sempre
- [2] Na maioria das vezes
- [3] Algumas vezes
- [4] Raras vezes
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.23.7 O (a) senhor (a) participa da avaliação das ações de saúde com a equipe de profissionais da UBS/USF?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA II.24.1)
- [997] Não sabe (PULAR PARA II.24.1)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA II.24.1)

II.23.8 Em caso afirmativo, com que frequência isso ocorre?

- [1] Sempre
- [2] Na maioria das vezes
- [3] Algumas vezes
- [4] Raras vezes
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.23.9 Com qual (ais) profissional (ais) o (a) senhor (a) avalia as ações de saúde?

- [1] Médico
 - [2] Assistente Social
 - [3] Auxiliar de enfermagem
 - [4] Auxiliar em Saúde Bucal
 - [5] Cirurgião-dentista
 - [6] Enfermeiro
 - [7] Educador Físico
 - [8] Agente de combate à endemias
 - [9] Nutricionista
 - [10] Farmacêutico
 - [11] Fisioterapeuta
 - [12] Psicólogo
 - [13] Técnico em saúde bucal
 - [14] Técnico de enfermagem
 - [15] Terapeuta Ocupacional
 - [16] Outros
 - [997] Não sabe
-

[999] Recusou-se a responder

II.23.10 Quais das seguintes ações são avaliadas com a equipe de profissionais da UBS/USF?

- [1] Ações envolvendo instituições/organizações que não integram o setor saúde
- [2] Ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos (palestras de sala de espera, grupos de discussão, oficinas, feiras de saúde etc.)
- [3] Atividades voltadas a grupos específicos (gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos etc.)
- [4] Busca ativa
- [5] Visitas domiciliares
- [6] Notificação de doenças
- [7] Mobilização comunitária
- [8] Levantamento/acompanhamento de casos de doenças/agravos prevalentes
- [9] Cadastramento de famílias/pessoas
- [10] Outras
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

XXIV - AUTOPERCEPÇÃO SOBRE DESEMPENHO NO TRABALHO COMO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

ENTREVISTADOR: AGORA PERGUNTAREI SOBRE A PERCEPÇÃO DO (A) SENHOR (A) QUANTO AO SEU TRABALHO COMO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

Em relação às seguintes funções dos ACS, o (a) senhor (a) se sente preparado para:

II.24.1. Articulação de ações envolvendo instituições/organizações que não integram o setor saúde (educação, esporte, lazer, assistência social etc.)

- [1] Sim, totalmente
- [2] Sim, parcialmente
- [3] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.2 Ações voltadas a educação em saúde e prevenção de riscos e agravos (palestras de sala de espera, grupos de discussão, oficinas, feira de saúde, etc.)

- [1] Sim, totalmente
- [2] Sim, parcialmente
- [3] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.3 Discussões de caso com a equipe (pacientes descompensados, com complicações, com baixa adesão a tratamento etc.)

- [1] Sim, totalmente
- [2] Sim, parcialmente
- [3] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.4 Realização de atividades voltadas a promoção da saúde de grupos específicos (gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos etc.)

- [1] Sim, totalmente
- [2] Sim, parcialmente
- [3] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.5 Busca ativa de usuários faltosos

- [1] Sim, totalmente
- [2] Sim, parcialmente
- [3] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.6 Realização de visitas domiciliares

- [1] Sim, totalmente
- [2] Sim, parcialmente
- [3] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.7 Realização de notificação de doenças e agravos

- [1] Sim, totalmente
- [2] Sim, parcialmente
- [3] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.8 Mobilização da participação comunitária (por exemplo: organização, mutirões, apoio à liderança comunitária)

- [1] Sim, totalmente
- [2] Sim, parcialmente
- [3] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.9 Levantamento/acompanhamento de casos de doenças/agravos prevalentes na comunidade (hipertensão, diabetes, dengue, tuberculose etc.)

- [1] Sim, totalmente
- [2] Sim, parcialmente
- [3] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.10 Cadastramento de famílias/pessoas

- [1] Sim, totalmente
- [2] Sim, parcialmente
- [3] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.11 Encaminhamento de usuários para marcação de exames e consultas

- [1] Sim, totalmente

- [2] Sim, parcialmente
- [3] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

Como o (a) senhor (a) se vê dentro dessa comunidade?

II.24.12 Voz da comunidade dentro da UBS/USF

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.13 Elo de integração entre a comunidade e os profissionais da UBS/USF

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.14 Tradutor das necessidades de saúde da população

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.15 Conhecedor da população

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.16 Organizador do acesso ao serviço de saúde

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.17 Vigilante de riscos

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.18 Controlador da aderência dos usuários aos cuidados de saúde propostos pelo médico e/ou enfermeiro

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

II.24.19 Outro

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo *Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil* desenvolvido pelo Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação Avaliação da Atenção Básica (GRAB) ISC-UFBA.

Qual o objetivo deste estudo?

Caracterizar o perfil dos *agentes comunitários de saúde* (ACS) no Brasil e analisar seu papel na consolidação da política de atenção primária à saúde (APS) no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

No que consiste a sua participação no estudo?

Sua participação consiste em permitir que um de nossos pesquisadores realize uma entrevista para saber sobre as características sócio-demográficas, a trajetória política social e profissional e as práticas desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. Sua participação é voluntária e não remunerada.

Ao participar deste estudo, o entrevistado está exposto a algum risco?

Não, este estudo não trará riscos para sua integridade física ou moral. Todos os dados serão guardados e utilizados em sigilo. Sua identidade e participação serão confidenciais. Você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo pessoal.

Quem poderá ser contactado para maiores esclarecimentos?

Pesquisador responsável pelo estudo: **Cristiane Abdon Nunes - Tel. (71)3283-7402 e Iracema Virterbo – Tel. 3283-7463.**

Comitê de Ética responsável pela avaliação da pesquisa:

CEP ISC/UFBA – Av. Basílio da Gama, s/n – Canela - Cep. 40.110-040 – Tel. (71) 3283-7438

Declaração

Tomei conhecimento da declaração de consentimento, tive a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas e estou de acordo em participar deste estudo.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do entrevistador: _____

