



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

NILMA LIMA DOS SANTOS

**HÁBITOS SAUDÁVEIS ORIENTADOS PELOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Salvador

2018

NILMA LIMA DOS SANTOS

**HÁBITOS SAUDÁVEIS ORIENTADOS PELOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

Salvador

2018

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Santos, Nilma Lima dos

Hábitos saudáveis orientados pelos agentes comunitários de saúde no Brasil / Nilma Lima dos Santos. -- Salvador, 2018.

204 f.

Orientadora: Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

Dissertação (Mestrado - Programa de pós-graduação em saúde coletiva) -- Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2018.

1. Agente comunitário de saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Hábitos saudáveis. I. Vilasbôas, Ana Luiza Queiroz. II. Título.



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

NILMA LIMA DOS SANTOS

Hábitos saudáveis orientados pelos agentes comunitários de saúde no 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: 28 de maio de 2018

Banca Examinadora:

Ana Luíza Queiroz Vilasbôas

Profa. Ana Luíza Queiroz Vilasbôas – Orientadora – ISC/UFBA

Cristiane Adon Nunes

Profa. Cristiane Adon Nunes – ISC/UFBA

Monique A. Esperidião

Profa. Monique Azevedo Esperidião – ISC/UFBA

Angélica Ferreira Fonseca

Profa. Angélica Ferreira Fonseca – EPSJV/FIOCRUZ-RJ

Salvador
2018

Àqueles que se permitiram
ser passagem para que eu ganhasse a vida!

Àquele que permitiu
que eu fosse passagem para sua chegada nessa vida!

AGRADECIMENTOS

“Encontrar, perceber, se olhar, se entender...” (Gonzaguinha)

A Deus, a Nossa Senhora Aparecida e a São Jorge, pelo dom da vida e amparo em todos os momentos.

Aos meus pais (Ednalva e Antonio) por construir em nós o valor da simplicidade e do estudo.

Aos meus irmãos (Rogério e Nelize) por, em cada encontro de nossas vidas, me ensinarem a importância de saber que a divisão sempre soma.

A Gustavo, meu grande amor, pelos encontros e desencontros que esse momento gerou em nossas vidas.

A Francisco, meu maior encontro de amor, por encontrar uma forma de construir comigo esse momento, quando nem mesmo eu sabia qual o caminho.

A grande família Lima e seus agregados, esses escritos têm um pouco de vocês, nosso próximo encontro será para comemorar.

Aos amigos de Periperi, minha família ampliada e meus compadres, por serem a alegria da música, por “desenterrar os fósseis” (só os fortes saberão) e preencher a mesa de comida, histórias e amor.

As “Amoras”, as “Divas” e as “Meninas da Residência”, a energia positiva de vocês iluminou essa trilha, trazendo leveza e graça.

A turma de mestrado ISC 2016.1 pelos encontros de solidariedade, colaboração e ajuda mútua, sem vocês não seria tão intenso e prazeroso.

A prof.^a Ana Luiza Vilasbôas, OBRIGADO pela condução do meu processo de aprendizagem, pelos ensinamentos cotidianos, por compartilhar das discussões quanto aos diferentes objetos de pesquisa desses dois anos, pela amizade e pelo respeito a essa trabalhadora-estudante e seus tempos.

Aos professores Cristiane Abdon, Jairnilson Paim e Vânia Sampaio por conduzirem a banca de qualificação de maneira delicada e construtiva, guiando esse projeto a alcançar outros ares.

Aos colegas da turma de Planejamento em Saúde, que vibraram juntos e foram os primeiros a saber da aprovação no mestrado.

A Elzo e Léo, pela condução criteriosa e pedagógica de minha iniciação com o Stata, “se não fossem vocês, nem sei o que seria de mim”.

A Diretoria de Atenção Básica pela incessante busca por construir uma Atenção Básica fortalecida na Bahia e por ser, sempre, um espaço de aprendizagens.

As meninas (Ray, Guina, Nete, Ivone, Celinha, Jamille, Mazé) e o menino (Marco) do GT ACS. Vocês me acolheram na DAB e me ensinaram muito sobre esse profissional complexo e essencial para a Atenção Básica.

Aos membros do GRAB pelas contribuições valiosas para a construção desse projeto.

A Daniel, Lia e Silvia, por confiarem em minhas contribuições nesse momento intenso e conduzirem minha reaproximação da Fonoaudiologia.

Aos entrevistados e entrevistadores dessa pesquisa, que auxiliaram na construção de uma análise sobre a APS no país.

A Patrícia, por toda a ajuda em meu processo de perceber e olhar para as diferentes gavetas que estão em minha história.

Como diria um mestre, que hoje está comendo melancias no céu,

“Amém, Axé, Auêre”!

*Tropeçavas nos astros desastrada
Quase não tínhamos livros em casa
E a cidade não tinha livraria
Mas os livros que em nossa vida entraram
São como a radiação de um corpo negro
Apontando pra a expansão do Universo
Porque a frase, o conceito, o enredo, o verso
(E, sem dúvida, sobretudo o verso)
É o que pode lançar mundos no mundo.*

(...)

*Os livros são objetos transcendententes
Mas podemos amá-los do amor táctil
Que votamos aos maços de cigarro
Domá-los, cultivá-los em aquários,
Em estantes, gaiolas, em fogueiras
Ou lançá-los pra fora das janelas
(Talvez isso nos livre de lançarmo-nos)
Ou o que é muito pior por odiarmo-los
Podemos simplesmente escrever um:*

*Encher de vãs palavras muitas páginas
E de mais confusão as prateleiras.
Tropeçavas nos astros desastrada
Mas pra mim foste a estrela entre as estrelas.*

(Livros – Caetano Veloso)

SANTOS, Nilma Lima dos. **Hábitos saudáveis orientados pelos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

RESUMO

As ações de incentivo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis podem ser entendidas como uma ação de promoção da saúde, vinculada ao nível proximal dos determinantes sociais em saúde, segundo o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (BRASIL, 2008). A Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil e sua organização de base territorial apresenta-se como locus privilegiado para tal ação, sendo o agente comunitário de saúde (ACS) o principal responsável pelo desenvolvimento das ações de promoção da saúde. Este estudo descritivo exploratório tem por objetivo analisar as orientações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil quanto ao incentivo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis, caracterizando-as por regiões do país e segundo resposta de ACS, instrutores supervisores e usuários. Os dados utilizados nesse estudo são oriundos da pesquisa "Avaliação do Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no Processo de Consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil", pesquisa de abrangência nacional realizado entre os anos de 2014/2015, com amostra de 100 municípios, 303 unidades de atenção primária, 1.526 ACS, 1.818 usuários, 100 gestores da APS, 303 instrutores supervisores do ACS e 793 outros profissionais de nível superior da APS. Tal pesquisa apresenta-se com a primeira desta natureza após os anos 2000, quando houve um aumento expressivo da população atendida por esse profissional em todo o país. Considerando os documentos normativos da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, foram analisadas as orientações para quatro hábitos saudáveis: consumo moderado de sal e açúcar, redução do consumo de gorduras e frituras, consumo de frutas, verduras e hortaliças e prática de atividade física. Os resultados da análise apontam que mais de 90% dos ACS no Brasil orientam os usuários sobre os quatro hábitos saudáveis investigados, essa orientação é reconhecida por, aproximadamente, 90% dos instrutores supervisores e por mais de 50% dos usuários. Segundo os ACS, a Região Nordeste apresentou o maior percentual de ACS que orientam sobre hábitos saudáveis. Já a Região Sudeste apresentou o menor percentual de respostas para as mesmas condições. Na resposta dos instrutores supervisores, a Região Nordeste apresentou valores acima do percentual nacional e a Região Sul apresentou valores abaixo do percentual nacional para todos os hábitos saudáveis investigados. Contudo, segundo as respostas dos usuários, a Região Centro-Oeste foi o destaque positivo e a Região Norte o destaque negativo, para orientação de hábitos saudáveis realizadas pelos ACS. Os hábitos saudáveis voltados à alimentação destacaram-se frente à prática de atividade física. O consumo moderado de sal e açúcar foi o hábito saudável mais orientado para todas as situações investigadas. Quando questionados a quem se destina a orientação, todos os usuários independentemente da condição clínica foram os mais orientados, seguido em ordem decrescente pela orientação a usuários hipertensos, diabéticos, acima do peso e usuários em condições crônicas (ao conjunto das três condições clínicas pré-existentes analisadas). Achados da literatura sobre as ações de orientação desempenhadas pelos ACS, sobre a credibilidade de seu trabalho, sobre o percentual de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família e sobre adoção de hábitos saudáveis em portadores de doenças crônicas não transmissíveis substanciam desse estudo. Ambos convergem quanto à importância da atuação do ACS na orientação dos usuários sobre a adoção de hábitos saudáveis como uma ação de promoção da saúde. Novas investigações são necessárias para analisar o conteúdo das orientações, os métodos de abordagem utilizados pelos ACS, bem como, as demandas e ofertas locais de educação permanente dos ACS que contribuam para a atuação essencial no campo da Promoção da Saúde de fomentar a melhoria da qualidade de vida de usuários, comunidades e territórios, em especial, frente às alterações recentes nos marcos legais da atuação do ACS.

Palavras Chave: Agente comunitário de saúde, Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde, Hábitos Saudáveis.

SANTOS, Nilma Lima dos. **Healthy lifestyle guided by the Community-based Health Workers in Brazil**. Dissertation (Master n Public Health). Institute of Public Health. Federal University of Bahia, Salvador, 2018.

ABSTRACT

The actions of encouraging the development of Healthy lifestyle can be understood as a health promotion action, linked to the proximal level of social determinants of health, according to the model proposed by Dahlgren and Whitehead (BRASIL, 2008). Primary Health Care (PHC) in Brazil and its territorially based organization is a privileged locus for this action, with the community-based health workers (CBHW) being the main responsible for the development of health promotion actions. This exploratory descriptive study aims to analyze the guidelines developed by the Community-based health workers in Brazil to encourage the development of Healthy lifestyle, characterized by regions of the country and according to the response of the CBHW, the supervising instructors and the users. The data used in this study come from the survey "Evaluation of the Profile of Community-based health workers in the Process of Consolidation of Primary Health Care in Brazil", a national survey conducted between 2014/2015, with a sample of 100 municipalities, 303 primary care units, 1.52 CBHW, 1.818 users, 100 APS managers, 303 CBHW supervisors and 793 other APS senior professionals. This research presents itself as the first research of this nature after the 2000s, when there was a significant increase in the population served by this professional throughout the country. Considering the normative documents of the National Primary Health Care Policy and the National Health Promotion Policy, the guidelines were analyzed for four Healthy lifestyle: moderate consumption of salt and sugar, reduction of consumption of fats and fries, consumption of fruits and vegetables and practice of physical activity. The results of the analysis indicate that more than 90% of the CBHW in Brazil guide the users about the four Healthy lifestyle investigated, where this orientation is recognized by approximately 90% of the supervising instructors and by more than 50% of the users. According to the CBHW, the Northeast Region presented the highest percentage of CBHW that guides Healthy lifestyle. The Southeast Region presented the lowest percentage of responses to the same conditions. In the response of the supervisors, the Northeast presented values above the national percentage and the South Region presented values below the national percentage for all Healthy lifestyle investigated. However, according to the users' responses, the Center-West Region was the positive highlight and the North Region was the negative highlight, in order to guide Healthy lifestyle carried out by the CBHW. Healthy eating habits were highlighted in relation to the practice of physical activity. The moderate consumption of salt and sugar was the healthy habit most oriented to all situations investigated. When asked who is intended for orientation, all users regardless of clinical condition were the most oriented, followed in descending order by orientation to hypertensive, diabetic, overweight users and users in chronic conditions (to the set of three pre-analyzed clinical conditions). Findings of the literature on the orientation actions performed by the CBHW, on the credibility of their work, on the percentage of people living in households enrolled in a family health unit, and on the adoption of Healthy lifestyle in patients with chronic non-communicable diseases substantiate this study. Both converge on the importance of the CBHW' action in guiding users on the adoption of Healthy lifestyle as a health promotion action. New research is needed to analyze the content of the guidelines, the methods of approach used by the CBHW, as well as the demands and local offers of continuing education of the CBHW that contribute to the essential action in the field of Health Promotion to promote quality improvement of users, communities and territories, especially in the face of recent changes in CBHW legal frameworks.

Keywords: Community-based Health Workers, Health Promotion, Primary Health Care, Healthy Lifestyle.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CBHW	Community-based health workers
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não-transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GRAB	Programa Integrado em Formação e Avaliação da Atenção Básica
GTES	Grupo de Pesquisa em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em inglês)
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB Básica	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PROFAGS	Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde
PS	Promoção da Saúde

RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação
SPT 2000	Saúde para todos no ano 2000
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES (GRÁFICOS E QUADROS)

Quadro 1 - Relação entre temas da PNPS e variáveis da Pesquisa de Avaliação do Perfil do ACS.....	39
Gráfico 1 - Percentual de orientação a hábitos saudáveis referidos por ACS, instrutor supervisor e usuários, Brasil, 2014-2015.	51
Gráfico 2 - Percentual de ACS que referiram orientar e percentual de confirmação, para os quatro hábitos saudáveis inqueridos em referência a quem se destina. Brasil, 2014-2015.	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos ACS entrevistados, segundo perfil sociodemográfico e econômico, Brasil e regiões do país. 2014-2015.....	43
Tabela 2 - Distribuição dos instrutores supervisores entrevistados, segundo perfil sociodemográfico e características da atuação como supervisor, Brasil e regiões do país. 2014-2015.	46
Tabela 3 - Distribuição dos usuários entrevistados, segundo perfil sociodemográfico e econômico, Brasil e regiões do país. 2014-2015.....	48
Tabela 4 - Proporção de hábitos saudáveis orientados pelos ACS, Brasil e regiões do país, 2014-2015.	59
Tabela 5 - Proporção de hábitos saudáveis orientados pelos ACS, segundo a resposta dos instrutores supervisores, Brasil e regiões do país, 2014-2015.	60
Tabela 6 - Proporção de hábitos saudáveis orientados pelos ACS, segundo a resposta dos usuários, Brasil e regiões do país, 2014-2015.....	61
Tabela 7 - Proporção de confirmação de respostas por hábitos saudáveis orientados pelos ACS, Brasil e regiões do país, 2014-2015.....	62

.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de Siglas

Lista de Ilustrações (Gráficos e Quadros)

Lista de Tabelas

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. ELEMENTOS CONCEITUAIS E ASPECTOS NORMATIVOS	19
2.1 Promoção da Saúde.....	19
2.2 Atenção Primária à Saúde.....	27
2.2.1 Agentes Comunitários de Saúde.....	30
3. OBJETIVOS.....	34
3.1 Objetivo Geral:.....	34
3.2 Objetivo Específico:.....	34
4. METODOLOGIA	35
4.1 Processamento e análise dos dados.....	36
4.2 Aspectos Éticos	38
4.3 Caracterização da amostra.....	41
5. RESULTADOS	50
6. DISCUSSÃO.....	63
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES.....	86
APÊNDICE A - Distribuição dos ACS entrevistados, segundo perfil sociodemográfico e econômico, Brasil e regiões do país. 2014-2015 (tabela completa).	87
APÊNDICE B - Distribuição dos instrutores supervisores entrevistados, segundo perfil sociodemográfico e características da atuação como supervisor, Brasil e regiões do país. 2014-2015 (tabela completa).	90
APÊNDICE C - Distribuição dos usuários entrevistados, segundo perfil sociodemográfico e econômico, Brasil e regiões do país. 2014-2015 (tabela completa).....	92

APÊNDICE D - Proporção de hábitos saudáveis orientados pelos ACS, Brasil e regiões do país, 2014-2015 (tabela completa).	94
APÊNDICE E - Proporção de hábitos saudáveis orientados pelos ACS, segundo a resposta dos instrutores supervisores, Brasil e regiões do país, 2014-2015 (tabela completa).....	96
APÊNDICE F - Proporção de hábitos saudáveis orientados pelos ACS, segundo a resposta dos usuários, Brasil e regiões do país, 2014-2015 (tabela completa).	98
APÊNDICE G - Proporção de confirmação de respostas por hábitos saudáveis orientados pelos ACS, Brasil e regiões do país, 2014-2015 (tabela completa).....	99
ANEXOS	101
ANEXO A – Lista de municípios selecionados na amostra da pesquisa perfil do ACS, 2014-2015 (NUNES et al, 2016).....	102
ANEXO B – Instrumento de coleta de dados da percepção dos usuários, Módulo I da pesquisa de avaliação do perfil dos ACS, 2014-2015 (NUNES et al, 2016).	104
ANEXO C – Instrumento de coleta de dados da percepção dos agentes comunitários de saúde, Módulo II da pesquisa de avaliação do perfil dos ACS, 2014-2015 (NUNES et al, 2016).....	126
ANEXO D – Instrumento de coleta de dados da percepção dos instrutores supervisores, Módulo IV da pesquisa de avaliação do perfil dos ACS, 2014-2015 (NUNES et al, 2016).....	177

1. INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) apresenta-se como locus privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, tendo em vista sua organização de base territorial, com adscrição dos usuários e equipe multiprofissional responsável pelo reconhecimento das demandas de saúde dessa população e pela coordenação do cuidado dos usuários (BRASIL, 2011). Tal organização pode possibilitar a construção da autonomia dos usuários, frente aos fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença-cuidado, de modo que alcancem equidade em saúde (OTTAWA, 1986).

Nesse sentido, no Brasil, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentam-se nas equipes de saúde como o profissional com perfil diferenciado para as ações de base territorial, pois são selecionados entre os moradores das localidades onde atuam, com o intuito de garantir um olhar ampliado e próximo das necessidades de saúde da população, bem como, facilitar o diálogo com os usuários, visto que compartilham de realidades sociais semelhantes. Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) 283.003 ACS atuavam no país em janeiro de 2018 (BRASIL, 2018).

A visita domiciliar, a orientação aos usuários e a contribuição com os processos de planejamento das equipes de atenção básica são ações essenciais a serem desenvolvidas pelos ACS, considerando sua proximidade com o território de atuação. Esses elementos imprimem ao ACS o papel de elo entre as necessidades da comunidade acompanhada e as demandas dos serviços de saúde aos quais estão vinculados (MOROSINI, CORBO, GUIMARÃES, 2007).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013) metade dos domicílios no país e 56,2% da população brasileira moram em domicílios cadastrados em unidades de saúde da família, com maior proporção na zona rural e na Região Nordeste. A mesma pesquisa verificou que, quanto menor o nível de escolaridade da população, maior é a proporção de cobertura de domicílios cadastrados, o que aponta para a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF)

para redução das vulnerabilidades (MALTA et al, 2016a). Souza (2014) reconhece as críticas da literatura sobre a possível construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) pobre para pobres ao se priorizar a organização da Atenção Básica para populações vulneráveis. No entanto, defende que ao priorizar esses territórios constrói-se ofertas aos mais necessitados que dialogam com a promoção da equidade em saúde.

Essa aproximação entre equipes de Atenção Básica e a comunidade tem especial valor para as ações ligadas aos determinantes sociais da saúde (DSS), onde o incentivo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis são mecanismos cuja finalidade é a promoção da saúde no nível proximal dos DSS, conforme proposto no diagrama de Dahlgren & Whitehead. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reconhece as ações de promoção da saúde como parte do escopo de ações da Atenção Básica, atribuindo ao ACS a responsabilidade pelo seu desenvolvimento no território de abrangência das equipes de saúde da família (BRASIL, 2011).

A promoção da saúde, segundo o documento final da Conferência de Ottawa, foi definida como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OTTAWA, 1986). Na referida conferência, defendeu-se, também, que as ações ligadas à promoção da saúde extrapolam o setor saúde, visto que os condicionantes da mesma estariam ligados à paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Ou seja, ações relacionadas a esse conceito deveriam qualificar indivíduos e comunidades para lidar com os determinantes e condicionantes da saúde e, assim, alcançar a equidade em saúde (OTTAWA, 1986).

Em uma revisão sistemática sobre Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde, Cincurá (2014) aponta a APS como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações alinhadas à promoção da saúde. Segundo a autora, a promoção da saúde baseia-se no conceito ampliado de saúde e no reconhecimento da estreita relação entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos e sua situação de saúde.

Pereira e Oliveira (2013), em revisão integrativa sobre o trabalho do ACS na promoção da saúde, concluíram que a reorientação do modelo de atenção respaldado pela promoção da saúde não está dado, apesar da potencialidade do Agente em traduzir as comunidades onde vivem e trabalham, sendo necessários investimentos em formação, modelos assistenciais e relações institucionais.

Já uma revisão sistemática internacional destaca o papel dos programas de *community-based health workers* (CBHW), equivalentes aos agentes comunitários de saúde, como ponte entre a comunidade e os serviços de saúde, em especial na abordagem de situações como o rastreamento do câncer de mama, na autogestão da diabetes, hipertensão, asma e na adesão à medicação para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (KIM et al, 2016), fortalecendo programas de prevenção de doenças não transmissíveis em países de baixa e média renda, com a oferta de serviços informativos e de abordagem comportamental (JEET et al, 2017).

Maher e Cometto (2016), no editorial do Boletim da Organização Mundial da Saúde (OMS), valorizam o potencial dos CBHW, associado às equipes interprofissionais de cuidado para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Para tal, o referido documento destaca o papel desses trabalhadores nos cuidados primários em saúde, em especial nas regiões com baixo acesso a serviços de saúde, atuando com foco na saúde materno-infantil, nas doenças infecciosas e nas doenças não-transmissíveis. Por fim, o Boletim propõe o investimento na construção de evidências científicas sobre a atuação dos trabalhadores comunitários de saúde, destacando necessidade de pesquisas voltadas à identificação do papel do trabalhador em relação às doenças não-transmissíveis, visto a baixa produção a esse respeito existente.

A relevância do presente estudo está na análise das ações de incentivo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis, desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde no Brasil, como resposta ao nível proximal dos determinantes sociais, a partir do fortalecimento do princípio do protagonismo dos sujeitos e alinhado ao princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde. O presente estudo descritivo exploratório foi realizado com base nos dados oriundos da Pesquisa “Avaliação do Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no Processo de Consolidação da Atenção

Primária à Saúde no Brasil”, estudo transversal de abrangência nacional realizado entre os anos de 2014/2015, que entrevistou usuários, agentes comunitários de saúde, instrutores supervisores do ACS, coordenadores da Atenção Básica e outros profissionais de nível superior das equipes de saúde. Tal pesquisa apresenta-se com a primeira desta natureza após os anos 2000, quando houve um aumento expressivo da população atendida por esse profissional em todo o país (NUNES *et al.*, 2016)

As questões do inquérito sobre o perfil do ACS foram baseadas nas normativas ministeriais para a promoção da saúde (PS) e abordaram a orientação de quatro hábitos saudáveis: consumo moderado de sal e açúcar, redução do consumo de gorduras e frituras, consumo de frutas, verduras e hortaliças e prática de atividade física.

Neste estudo, pretende-se responder às seguintes questões: quais hábitos saudáveis são incentivados pelos ACS no Brasil? Qual a percepção sobre a orientação de tais hábitos pelos ACS, segundo resposta de usuários e instrutor supervisor do ACS?

2. ELEMENTOS CONCEITUAIS E ASPECTOS NORMATIVOS

2.1 Promoção da Saúde

As primeiras sistematizações sobre cuidados primários, como forma de organização da atenção à saúde, datam de 1920, com a publicação do Relatório Dawson, que destaca a importância de centros primários de saúde para atender a população inglesa em função de suas necessidades, com desenho regionalizado e articulado a outros níveis de atenção (AQUINO et al, 2014).

No entanto, sua conformação, tal como conhecemos atualmente, deu-se a partir de 1978, com a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ou Conferência de Alma-Ata, quando se estabeleceu a “Saúde para Todos no ano 2000 (SPT 2000)” como meta para que todos os povos atingissem um nível satisfatório de saúde, que os possibilitassem levar uma vida social e economicamente produtiva. Nessa formulação, a Atenção Primária à Saúde é considerada a estratégia primordial para alcance da meta mencionada no âmbito dos sistemas nacionais de saúde. Os atributos da APS definidos pela Declaração de Alma-Ata são a acessibilidade aos serviços de saúde, atenção de primeiro contato para os usuários, responsabilidade, continuidade e coordenação do processo de assistência à saúde (ALMA-ATA, 1978).

A Declaração de Alma-Ata (1978) reconhece as ações de promoção e proteção à saúde como essenciais para o desenvolvimento social e econômico, contribuindo para a qualidade de vida e para a paz mundial. Registra, também, como parte do escopo dos cuidados primários à saúde as ações de proteção da saúde, prevenção e controle dos riscos.

Segundo Buss (2009), um dos primeiros autores a sistematizar uma definição de promoção da saúde foi Henry Sigerist (1946), caracterizando-a como uma das quatro tarefas da medicina, que se relacionava com a promoção de condições

adequadas de vida, trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso. A promoção da saúde também está descrita no modelo de História Natural da Doença, proposto por Leavell & Clark em 1976, como a primeira etapa do nível de prevenção primária - etapa pré-patogênese, que se utiliza da educação em saúde para capacitar os indivíduos sobre como lidar com agentes causadores de doenças. Destaca-se que esse modelo era originalmente dirigido a prática médica.

As ideias atuais sobre promoção da saúde surgiram da tentativa de distanciar-se do modelo proposto por Leavell & Clark, como um nível da medicina preventiva, apontando para a necessidade de enfrentar a acentuada medicalização da saúde na sociedade, através de um enfoque técnico-político em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2009), que considerasse a saúde com um enfoque positivo, onde a intervenção do Estado estaria voltada para as condições saudáveis de vida (TEIXEIRA, VILASBÔAS, 2014).

Um dos documentos de referência nessa mudança do ideário da promoção da saúde é o Informe Lalonde (1974), que consolidou as propostas do então Ministro da Saúde Canadense, para racionalizar os recursos de saúde, diante dos crescentes custos da assistência médica, bem como, para propor uma nova abordagem não medicalizante às doenças crônicas. Suas análises relacionavam-se ao conceito de campo da saúde (biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde) e propunham estratégias direcionadas a fatores específicos do estilo de vida dos indivíduos (BUSS, 2009).

Nota-se o quanto são recentes as formulações de um discurso positivo sobre a saúde, especialmente a partir dos anos 80 (CZERESNIA, 2009; BÓGUS, 2004, BUSS, 2009). O ano de 1986 apresenta dois marcos para esse novo entendimento sobre saúde: no plano nacional, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, e, no Canadá, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa. A primeira incorporou, em seu relatório final, um conceito ampliado de saúde, relacionado ao direito pleno de cidadania, garantido pelo Estado a partir de políticas voltadas a condições dignas de vida (CZERESNIA, 2009).

A Conferência de Ottawa declarou a saúde como qualidade de vida, resultado de um complexo de fatores determinantes e condicionantes da saúde dos povos (CZERESNIA, 2009). Para Rabello (2010), essa conferência foi convocada para ajustar e ampliar a política de saúde canadense, que enfatizava a promoção da saúde, às ideias discutidas em Alma-Ata, diante das críticas ao foco na mudança dos estilos de vida e responsabilização dos pacientes por suas doenças proposto no Informe Lalonde.

O produto da supracitada conferência alçou as ações de saúde ao patamar de ações sobre políticas públicas (RABELLO, 2010), estabelecendo cinco campos de atuação em promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (OTTAWA, 1986).

No âmbito internacional sucederam-se outras sete conferências sobre a promoção da saúde: Adelaide/Austrália (1988), Sundsval/Suécia (1991), Jacarta/Indonésia (1997), Cidade do México/México (2000), Bangkok/Tailândia (2005), Nairóbi/Quênia (2009) e Helsinque/Finlândia (2013), que auxiliaram na construção das bases conceituais e políticas sobre o tema (PELLEGRINI FILHO, BUSS, ESPERIDIÃO, 2014; FIGUEIREDO et al, 2016).

A literatura sobre o tema destaca as discussões da Conferência de Jacarta (Indonésia), a primeira realizada em um país periférico, pela introdução de aspectos importantes para o entendimento atual da proposta da promoção da saúde. Pela primeira vez, a expressão “determinantes sociais da saúde” é descrita em uma declaração sobre promoção da saúde. Participaram dessa Conferência, representantes do setor privado, incluindo profissionais de marketing. O documento final sinaliza um diálogo com os encaminhamentos do Banco Mundial quanto ao estreitamento das relações entre setor público e setor privado na oferta de ações e serviços de saúde, cabendo ao setor público o papel de coordenador e financiador de políticas públicas (CORREIA, MEDEIROS, 2014; FIGUEIREDO et al, 2016). Na Conferência de Nairóbi (Quênia) foram reforçadas as preocupações mundiais quanto à ampliação de casos de doenças crônicas não-transmissíveis e de sofrimento

psíquico em populações de países em desenvolvimento, além da demanda pela efetiva implementação das propostas das conferências anteriores (FIGUEIREDO et al, 2016). A Conferência de Helsinque aprofundou a relação entre a promoção da saúde e os determinantes sociais da saúde, acentuando o investimento (e a responsabilização) sobre o protagonismo da sociedade civil.

Vasconcelos e Schmaller (2014) discutem a polissemia conceitual e ideológica do termo promoção da saúde e sua relação com o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (RSB¹). Segundo as autoras, a preocupação da RSB com a reforma da totalidade do sistema de saúde, inscritas no âmbito do Estado de Direito, eram divergentes da proposta da Nova Promoção da Saúde e sua perspectiva de orientação dos governos motivada pelos organismos internacionais, visto ser a segunda proposta, construída a partir dos referenciais dos países centrais, com realidades sociais e econômicas diferentes da brasileira. Correia e Medeiros (2014) afirmam que o marco teórico que sustenta a RSB é o da determinação social do processo saúde doença, ou seja, pautado no caráter histórico-social desse processo, o que difere do marco teórico da Promoção da Saúde, conforme estimulado pela Organização Mundial de Saúde.

Entende-se por determinantes sociais da saúde os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Esse conceito foi assumido pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em 2006 pelo Presidente da República em resposta ao chamamento da Organização Mundial da Saúde para a constituição de comissões voltadas à análise

¹ O movimento da Reforma Sanitária Brasileira é um movimento supra-partidário, que reúne movimento sociais e intelectuais da área da saúde, cuja proposta é a transformação da sociedade mediante reforma social, a saber, a reforma sanitária. O movimento emergiu no bojo da luta pela redemocratização do Brasil, durante o regime autoritário, tendo como ponto de convergência da proposta a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), onde são defendidas propostas como saúde como direito de cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e o adequado financiamento do setor saúde. O produto da 8ª conferência e do movimento de Reforma Sanitária é a criação do Sistema Único de Saúde. Para que a proposta da RSB se concretize ainda é necessária a mudança da natureza do Estado para um perfil mais democrático, que considere as necessidades de todos e que promova a revolução dos modos de vida (PAIM, 2008).

da situação da saúde e elucidação de questões relacionadas aos determinantes sociais e as iniquidades em saúde. Como representação gráfica dos DSS, a CNDSS adotou o modelo de Dahlgren & Whitehead onde os mesmos são dispostos em camadas hierárquicas e suas relações: proximais - comportamentos individuais, intermediárias - condições de vida e trabalho; e distais - macroestrutura econômica, social e cultural (BRASIL, 2008).

Na representação proposta por Dahlgren & Whitehead, os indivíduos e suas características configuram o centro do modelo. A camada seguinte representa os comportamentos e estilos de vida (nível proximal), cuja mudança demanda políticas de abrangência populacional, voltadas à mudança de comportamento, uma vez que ações individuais tendem a não se consolidar, diante da forte influência das normas culturais sobre os estilos de vida. No nível intermediário, estão as comunidades e suas redes de relação, onde importa o nível de coesão social para alcançar melhores respostas de saúde. Ações voltadas a esse nível devem contemplar políticas que fortaleçam as redes de apoio e a organização e participação popular, em especial entre as populações mais vulneráveis. No nível distal estão os determinantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, cuja atuação demanda políticas macroeconômicas, sociais e ambientais que promovam o desenvolvimento sustentável e redução das desigualdades socioeconômicas e seus efeitos sobre a sociedade (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Esse conceito de determinantes sociais, conforme proposto pela OMS, desloca-se do referencial da determinação social da saúde, proposto para pensar o processo saúde enfermidade por estudiosos da saúde pública na América Latina, a partir da década de 1970. A ideia dos determinantes sociais, apesar de estabelecer uma causalidade social para os problemas de saúde, continua a entender a doença como um evento clínico-biológico desatrelado de qualquer teoria de sociedade (NOGUEIRA, 2010, p. 7).

A construção teórica sobre a determinação social da saúde fundamenta-se na teoria marxista sobre a sociedade e defende que a teoria de sociedade capitalista vigente, com suas estruturas de poder, sistema de financiamento e tendências

ideológicas incide como “causa das causas” sobre os modos de viver e as relações sociais. Nesse sentido, propõe a construção de uma epidemiologia crítica que não sirva ao jogo hegemônico, mas subsidie a luta pela vida (BREILH, 2010). O conceito de determinação social da saúde aproxima-se mais dos propósitos do movimento de Reforma Sanitária Brasileira e sua proposta de revolução dos modos de vida.

No Brasil, segundo Malta *et al* (2016b), o primeiro movimento do governo brasileiro após a criação do Sistema Único de Saúde foi o de visibilizar a promoção da saúde como um outro modo de conceber políticas públicas. Uma das estratégias de visibilidade para o processo de institucionalização da promoção da saúde foi o lançamento do projeto Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção, em 1998. Um primeiro texto da política foi escrito em 2002, no entanto não foi publicado. Apesar disso, esse documento subsidiou a elaboração de projetos nas áreas de alimentação saudável, atividade física, entre outras. A publicação da primeira Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) aconteceu em 2006, no período das discussões sobre a Agenda de Compromissos pela Saúde, dos Pactos em Defesa do SUS, em Defesa da Vida e de Gestão, cujos textos passaram a incluir a promoção da saúde como diretriz (MALTA *et al*, 2016b; PELEGRINI FILHO, BUSS, ESPERIDIÃO, 2014).

O período posterior a 2006 e anterior à revisão atual do texto da PNPS (BRASIL, 2014a, BUSS, CARVALHO, 2009) foi marcado pela crescente inserção da Promoção da Saúde no debate das políticas públicas no Brasil, bem como, por disputas conceituais entre os atores envolvidos na construção da mesma. No entanto, segundo alguns autores, esse período é considerado um marco pela definição de metas para promoção da saúde e a atribuição de recurso para a área. Nesse contexto inicia-se o processo de revisão da PNPS, com vistas ao “aprimoramento e atualização da proposta, tendo por base os novos desafios e compromissos apontados pelo cenário nacional e internacional”, através da ampliação da escuta e da mobilização os atores envolvidos com a promoção da saúde (PAZ E ALBUQUERQUE, FRANCO DE SÁ, ARAÚJO JR., 2016, p. 1696).

O texto atualizado da PNPS publicado em 2014 incorpora a discussão acerca das redes de atenção à saúde, da mobilização e participação social e da necessária

articulação das políticas públicas, ao reconhecer que o sucesso das ações de promoção da saúde está atrelado ao enfrentamento, para além do setor saúde, dos determinantes e condicionantes que influenciam a saúde (MALTA et al, 2016b).

Assim, a “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada através da Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, fundamenta-se no conceito ampliado de saúde e no referencial teórico da promoção da saúde, com o objetivo de

“promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2014a, p. 4).

Entre os temas transversais da PNPS estão os determinantes sociais da saúde e os ambientes e territórios saudáveis. O primeiro voltado à identificação e vinculação das condições e oportunidades de vida, através do diálogo entre saberes técnicos e populares. O segundo busca a inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas nos territórios de vida e trabalho da população (BRASIL, 2014a).

Figuram entre os temas prioritários da PNPS a alimentação adequada e saudável, direcionada “à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável” (BRASIL, 2014a, p. 6) e as práticas corporais e atividades físicas pautadas na

“promoção de ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas” (BRASIL, 2014a, p. 7)

O incentivo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis relaciona-se diretamente com o nível proximal dos determinantes sociais da saúde, conforme modelo adotado pela CNDSS, ao considerar que a adoção de comportamentos individuais saudáveis pode contribuir para maior participação dos indivíduos e comunidades no processo de melhoria de suas condições de vida. Cincurá (2014, p. 26) discute que a representação diagramática desse modelo pode não revelar as

intersecções entre os níveis proximais, intermediários e distais dos determinantes sociais, visto que, na prática, hábitos individuais são “claramente condicionados por determinantes sociais, culturais ou econômicos”. Para a mesma, o desenvolvimento de habilidades pessoais, como método para a ampliação da capacidade de indivíduos, acontece:

“Em decorrência de um esforço pedagógico sistemático e permanente para garantir o acesso à informação qualificada para a saúde, ampliando a capacidade de sujeitos e coletividades compreenderem, avaliarem e utilizarem as informações para redução dos riscos e da vulnerabilidade. Para tanto, as estratégias devem envolver técnicas de grupo, *marketing* social, práticas de educação e aconselhamento voltados para mudanças de comportamento, fortalecimento da autoestima, do auto-cuidado, da capacidade de adaptação ao meio, além de capacitação para o trabalho e descoberta de aptidões, como arte, dança, esportes, culinária, dentre outras (CINCURÁ, 2014, p. 32)”.

Estudos no campo da promoção da saúde resgatam outros pontos que devem ser considerados quanto a abordagem da temática, ligados à relação entre promoção da saúde e prevenção de doenças, aos aspectos epidemiológicos vinculados a ações voltadas ao desenvolvimento de hábitos saudáveis (CZERESNIA, 2009) e à diferença entre determinantes e determinação social da saúde (CORREIA, MEDEIROS, 2014).

Sobre a linha tênue entre a promoção da saúde e da prevenção de doenças e agravos, Czeresnia (2009) questiona o fato de a saúde pública se definir como responsável pela promoção da saúde enquanto suas práticas se organizam em torno de conceitos de doença. Para a autora, a promoção atua frente a um conceito positivo de saúde, vinculada a uma noção de vida que é superior ao campo da saúde e demanda ações no âmbito do Estado e do âmbito das singularidades e autonomias dos sujeitos. Já a prevenção baseia-se em

“intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, cuja base de conhecimento é o discurso epidemiológico moderno, com o objetivo de controlar a transmissão de doenças infecciosas e a reduzir o risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos (CZERESNIA, 2009, p. 49).

Com o crescimento do total de casos de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e dos óbitos a elas associados em países em desenvolvimento (MALFATTI, ASSUNÇÃO, 2011), a discussão sobre a promoção da saúde ganhou notoriedade

como possível resposta para enfrentamento dessa epidemia (CARVALHO, NOGUEIRA, 2016; TOLEDO et al, 2017), com ações “construídas nos níveis intrapessoal, interpessoal, comunitário, institucional/organizacional e das políticas públicas” (McLEROY et al. e STOKOLS apud MONTEMURRO et al, 2013, p. 463).

Burlandy et al (2016, p. 1811) reconhecem a existência de duas lógicas no texto da PNPS, especialmente a publicada em 2014, com enfoques voltados tanto ao tratamento de doenças e agravos específicos, quanto ao processo ampliado da discussão de saúde e doença. Já Carvalho e Nogueira (2016) alertam para a utilização dos termos promoção da saúde e prevenção de agravos como sinônimos, em produções científicas e textos políticos, sem distinguir que cada um está ligado a uma visão de mundo e projeto de sociedade que os tornam, por vezes, conflitantes. Ambas as considerações apontam para a possível despolitização do debate sobre a Promoção da Saúde no âmbito das políticas e das ações de saúde.

Correia e Medeiros (2014) ampliam a discussão com considerações acerca do caráter ambíguo e da acepção moral das campanhas de promoção da saúde, pautadas nos fatores de risco. Para as autoras, “essas campanhas parecem ser mais eficazes quanto mais a multicausalidade possa ser obscurecida para os leigos” (CORREIA, MEDEIROS, 2014, p. 143). O que termina por culpabilizar mais os indivíduos pelas questões que envolvem sua saúde, sem construir com indivíduos e comunidades estratégias que apontem para a mudança de suas condições de vida e trabalho.

Para os críticos às abordagens nesse universo que atribuem ao indivíduo a maior responsabilidade sobre seu estilo de vida, respaldados pelos construtos de base epidemiológica, a discussão sobre promoção da saúde precisa avançar frente a compreensão sobre a sociedade em que as condições de vida dos indivíduos se estabelecem (CORREIA, MEDEIROS, 2014; CARVALHO, NOGUEIRA, 2016).

2.2 Atenção Primária à Saúde

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde apresenta-se com uma das portas de entrada dos usuários aos serviços de saúde, na qual estes poderão ter acesso a uma fonte adequada de atenção, de forma longitudinal. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica² (PNAB) vigente até agosto de 2017:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2011, 19).

Cabe destacar que, no Brasil, os termos ‘atenção básica’ e ‘atenção primária à saúde’ são utilizados, por diferentes autores, em contextos semelhantes. A nomenclatura Atenção Básica, em geral, é utilizada nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, para designar a Atenção Primária no Sistema Único de Saúde, distanciando-a do conceito de APS seletiva e focalizada, induzida por agências internacionais e implementadas em diversos países (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

A reorientação das práticas ligadas à Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde está vinculada à Estratégia Saúde da Família, concebida inicialmente para atuar como porta de entrada do sistema de saúde e associar a atenção médica tradicional à uma lógica de promoção da saúde, em busca da integralidade da assistência (LEVCOVITZ, GARRIDO, 1996), trazendo a família e não as doenças que acometem os indivíduos para a centralidade da discussão da saúde (ROSA, LABATE, 2005).

A PNAB (vigente até agosto de 2017) dialoga com os atributos da APS definidos pela Declaração de Alma-Ata à medida que estabelece como fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, a delimitação territorial, o acesso universal e

² Em 2017, no bojo das mudanças na gestão da saúde, fora publicada uma nova Política Nacional da Atenção Básica - Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017). Considerando que a pesquisa que subsidia esse estudo foi realizada em 2014/2015, a fundamentação teórica do mesmo utilizará do construto da Política Nacional de Atenção Básica vigente do período (Portaria nº 2.488/2011) e do novo texto da PNAB, fazendo alusão à vigência de cada um dos textos. Posteriormente à sua publicação, a Portaria nº 2.436/2017 foi revogada por consolidação, o texto recém aprovado passou a contar como anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.

contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, a adscrição de usuários e o desenvolvimento de relações vinculares e de responsabilização, a integralidade das ofertas e o acolhimento, a partir de um processo de trabalho centrado no usuário. Destaca, também, o estímulo à participação dos usuários, visando a ampliação da autonomia dos mesmos (BRASIL, 2011).

O decreto nº 7.508/2011 regulamenta a Lei nº 8.080/90 e reafirma o papel da Atenção Básica como porta de entrada prioritária das redes de atenção à saúde, ou seja, parte de um conjunto articulado de serviços de saúde, de diferentes níveis de complexidade, cuja finalidade é garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2013). Um dos atributos necessários à Atenção Básica para o alcance da integralidade nesse contexto é coordenação do cuidado, a saber, a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde, voltados ao alcance de um objetivo comum (ALMEIDA, GIOVANELLA, NUNAN, 2012).

Estudos sobre a Atenção Primária à Saúde mostram os impactos positivos da expansão da estratégia saúde da família na redução da mortalidade infantil, de mortes por doenças cardiovasculares, de hospitalizações por condições sensíveis à APS (apud HONE et al, 2017) e, mais recentemente, na redução de mortes por condições sensíveis à APS entre pretos e partos, em comparação aos brancos (HONE et al, 2017).

De acordo com a PNAB (vigente até agosto de 2017), as ações de Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família são desenvolvidas por equipes multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar ou técnico de saúde bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe com responsabilidade por, no máximo, 4.000 pessoas. Entre as atribuições compartilhadas de todos os membros das equipes destaca-se a garantia de ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde e prevenção de agravos, em busca de integralidade do cuidado à saúde dos usuários. Como atribuição específica do ACS está o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, a partir de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e comunidades (BRASIL, 2011).

Na Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família tem sido depositada as expectativas de implementação das diversas ofertas no campo da promoção da saúde. Espera-se que as ESF identifiquem, compreendam e enfrentem os determinantes sociais da saúde, desenvolvendo habilidades pessoais nos sujeitos, que os ativem como protagonistas de sua vida, e mobilizando grupos sociais frente às políticas públicas necessárias para a melhoria das condições de vida da população. Rocha e Akerman (2014), fundamentados em estudos sobre as ESF, defendem que a discussão sobre determinação social da saúde e promoção da saúde fazem sentido para a ESF. Contudo identificam a incompletude de sua agenda, sobretudo na relação com a determinação social da saúde, entre outros elementos pela abordagem sobre o cuidado ainda ser pautada nos fatores de riscos ou em ações estratégicas, pela a priorização das ações não considerarem as iniquidades do território de atuação e pelas ações intersetoriais serem desenvolvidas de forma pontual e não sustentável.

2.2.1 Agentes Comunitários de Saúde

A proposta de agentes de saúde, ligados à comunidade, foi defendida na 8ª Conferência Nacional de Saúde e emerge no contexto brasileiro com o nome de Agente Comunitário de Saúde em 1991. No entanto, sujeitos com esse perfil e prática já exerciam atividades voltadas à saúde nas comunidades em experiências como a dos médicos de pés-descalços na China ou os agentes da Pastoral da Criança, ligados à Igreja Católica no Brasil e focados nas ações de caridade. A primeira experiência de agentes de saúde, estruturada pelo referencial da saúde pública no Brasil, desenvolveu-se no Ceará, em 1987, com os objetivos de criar empregos na região da seca e reduzir a mortalidade infantil (COZER, MIOTTO, PANDOLFI, 2008).

Uma revisão sistemática sobre a integração de programas de *community-based health workers* (CBHW), equivalentes aos agentes comunitários de saúde, em sistemas de saúde, ressalta que os CBHW foram uma estratégia para suprir a

escassez de profissionais de saúde em países de baixa renda ou em desenvolvimento, intensificadas com a declaração de Alma-Ata e a possibilidade de oferta de cuidados primários a partir desses trabalhadores (ZULU et al, 2014).

Com as dificuldades enfrentadas pelos primeiros programas (eficácia das ações, formação inadequada, baixa remuneração e supervisão limitada), bem como a crise econômica dos países, houve um declínio das ofertas de tais programas na década de 1980. Os programas de CBHW tomam novo fôlego na década de 1990, com a motivação da OMS de que a atuação desses trabalhadores poderia reduzir o peso sobre os sistemas de saúde, deslocando tarefas não clínicas das atribuições dos profissionais de saúde. Esses “novos” trabalhadores poderiam atuar, também, frente a crescente demanda diante do vírus da imunodeficiência humana, outras doenças infecciosas e doenças não-transmissíveis (ZULU et al, 2014).

A institucionalização dos agentes comunitários de saúde, pelo Ministério da Saúde Brasileiro, aconteceu em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como um programa vertical voltado ao combate à epidemia de cólera no Norte e no Nordeste do Brasil (TEIXEIRA, 2006). Já em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa Saúde da Família, que depois viria a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), respondendo ao tensionamento dos gestores municipais por financiamento para a atenção primária à saúde e ampliação da equipe PACS com outros profissionais (AQUINO, et al, 2014).

A função de ACS foi instituída no Brasil através da Lei nº 10.507/2002, com uma lacuna de quase dez anos de sua emergência no contexto nacional. De acordo com o texto legal, o exercício profissional do ACS acontece, exclusivamente, no âmbito do SUS, caracterizado pelo desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações individuais ou comunitárias, em conformidade com as diretrizes do SUS, supervisionados pela gestão local (BRASIL, 2002). Em 2006, a Lei nº 10.507 é revogada com a promulgação da Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2016, dispondo sobre as atribuições agentes comunitários de saúde e agente de combate as endemias e sobre a sua forma de contratação (BRASIL, 2006).

Em estudo emblemático sobre as práticas e discursos sobre os ACS discorre sobre o caráter híbrido e polifônico da atuação do agente comunitário no modelo de atenção à saúde que se instaura com o, então, Programa Saúde da Família, pois, numa “posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação”. Defendendo que, o ACS revela-se como o “ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos-científicos”. Cujas realidades das práticas transitam entre suas “vivências no território de vida e trabalho e na sua ‘recente’ formação a partir dos referenciais biomédicos, veiculando as contradições e possibilidades de aprofundamento do diálogo entre esses dois saberes e práticas” (NUNES et al, 2002, p. 1640).

Um estudo sobre a situação do trabalho sobre determinantes sociais da saúde no âmbito do Programa Saúde da Família, realizado no município de São Paulo, em 2008, apontou a presença dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes como facilitador do trabalho, ressaltando que aspectos como a “força de vontade e dedicação” deles foram essenciais para a realização dessas ações (DOWBOR, WESTPHAL, 2013). Entretanto, Pereira e Oliveira (2013) sinalizam que a principal ferramenta de trabalho do ACS é a educação em saúde, numa visão pouco transformadora, o que as autoras atribuem ao baixo respaldo da equipe de saúde, aos modelos gerenciais pautados em metas e ao modelo de formação do ACS que desvaloriza os saberes não normatizados.

Fracolli e Almeida (2011), em estudo de caso de unidade de saúde no Município de São Paulo, identificaram que a atuação do ACS é pautada por uma perspectiva biologicista, tendo a informação como principal ferramenta para abordagem da população. Uma revisão integrativa sobre o trabalho do ACS na promoção da saúde, evidenciou que o cuidado às famílias na ESF, incluindo os desenvolvidos pelos ACS, estão pautados na abordagem biomédica, relacionadas a patologias ou alterações físicas apresentadas pelos usuários (PEREIRA, OLIVEIRA, 2013).

Teixeira et al (2014) utilizaram os cinco eixos da Promoção da Saúde, conforme a Carta de Ottawa, como unidades de agrupamento das variáveis para

analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas ESF, que participaram da etapa de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Seus resultados apontaram para práticas voltadas a grupos prioritários (definidos por condição biológica), organizadas em pacotes e turnos fechados, com o objetivo de contribuir para o manejo clínico e mudança do estilo de vida. Entretanto, a avaliação externa do PMAQ-AB não discrimina as práticas realizadas segundo categoria profissional das equipes de atenção básica aderentes a esse Programa.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

- Analisar as orientações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil quanto ao incentivo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis.

3.2 Objetivo Específico:

- Caracterizar as ações investigadas segundo as respostas de agentes comunitários de saúde, usuários e instrutores supervisores e segundo regiões do país.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, a partir de dados da pesquisa “Avaliação do Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no Processo de Consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil” que correspondeu a um inquérito de abrangência nacional, desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), por meio de cooperação técnica e financeira entre essa instituição e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGETS) do Ministério da Saúde do Brasil. A pesquisa foi conduzida mediante parceria entre Programa Integrado em Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB) e o Grupo de Pesquisa em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (GTES) do ISC.

A supracitada pesquisa correspondeu a um estudo epidemiológico do tipo transversal, de abrangência nacional, com o objetivo de caracterizar o perfil dos ACS no Brasil e analisar seu papel na consolidação da política de APS no âmbito do SUS, desenvolvida no período de novembro de 2014 a julho de 2015. Para fins de cálculo da amostra, a Pesquisa considerou o número total de unidades básicas de saúde, por tipo (Saúde da Família e Atenção Básica), segundo dados do censo de unidades básicas de saúde realizado em 2012. A estimativa de municípios foi realizada considerando a mediana ($n=3$) da distribuição de unidades de saúde nos municípios brasileiros, chegando-se a um número aproximado de cem (100) municípios, selecionados conforme sua distribuição nas regiões do país: 8,3% na Região Norte, 27,8% na Região Nordeste, 7,3% na Região Centro-Oeste, 42% na Região Sudeste e 14% na Região Sul. Dos cem municípios inicialmente selecionados, três foram substituídos por recusa da gestão municipal ou por não contar com ACS no momento da pesquisa. Sucedeu-se como etapas do cálculo da amostra de pesquisa o sorteio dos municípios (anexo A), unidades de saúde e equipes de saúde respondentes por município (NUNES et al, 2016).

Quanto aos respondentes, todos os ACS das equipes de saúde da família selecionadas foram entrevistados. Não foram entrevistados os ACS em desvio de

função, férias, afastamento por doença e licença maternidade ou ausentes nas unidades por motivo de agenda (NUNES et al, 2016).

Além dos ACS, foram entrevistados profissionais de saúde e usuários. Nas ESF foram entrevistados um profissional de saúde por categoria (médicos, enfermeiros, odontólogos e técnicos de enfermagem/saúde bucal) que compunha a equipe e o instrutor supervisor do ACS. Para cada equipe sorteada, seis usuários foram entrevistados, escolhidos a partir do sorteio aleatório das ruas da área de abrangência da equipe de saúde a ser entrevistada, incluídas todas as ruas das microáreas cobertas pelos ACS e, posteriormente, das casas, iniciando com a primeira casa da rua, seguindo em sentido anti-horário. As ruas consideradas perigosas por algum membro da equipe, que configurasse risco ao entrevistador, foram substituídas no momento do sorteio, nas ruas da zona urbana ou distrito contaram-se dez casas subsequentes à do primeiro entrevistado, prédio e condomínio foram considerados uma casa. Segundo o relatório final da Pesquisa participaram da amostra 100 municípios, 303 unidades de atenção primária, 1.526 ACS, 1.814 usuários, 100 gestores da APS, 303 instrutores supervisores do ACS e 793 outros profissionais pertencentes às equipes de ACS sorteadas para a pesquisa (NUNES et al, 2016).

4.1 Processamento e análise dos dados

A definição das variáveis, visando identificar ações de incentivo a hábitos saudáveis orientadas pelos agentes comunitários de saúde, deu-se a partir da seleção das questões da Pesquisa de Avaliação do Perfil do ACS, extraídas do instrumento de coleta de dados denominado Módulo II - Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (anexo C).

A elaboração dos instrumentos de coleta de dados da Pesquisa foi estabelecida com base em normas da Atenção Básica e nas propostas de atuação dos agentes comunitários de saúde, referidos nas diversas políticas publicadas pelo

Ministério da Saúde. Cabe ressaltar que a referida Pesquisa não foi construída especificamente para a identificação das questões levantadas por este estudo, configurando uma das limitações do mesmo, em não analisar outras questões voltadas a práticas intersetoriais, comunitárias ou que pudessem qualificar o conteúdo da orientação e da discussão dos ACS com a população acerca do incentivo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis, relevantes para um aprofundamento da análise quanto a promoção da saúde.

O cotejamento das informações prestadas pelos agentes comunitários de saúde com a de outros entrevistados considerou as variáveis extraídas do Módulo II, que era respondido pelo ACS, e suas questões equivalentes coletadas através do instrumento de coleta de dados Módulo I – Percepção dos usuários (anexo B) e Módulo IV – Percepção do instrutor supervisor do ACS, respondido pelo instrutor supervisor (anexo D).

O quadro 1 apresenta a relação entre as variáveis da Pesquisa de Avaliação do Perfil do ACS, a partir do instrumento de coleta de dados (módulos I, II e IV) e dois dos temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (BRASIL, 2014a), a alimentação adequada e saudável e práticas corporais e atividades físicas.

Para análise das ações frente aos hábitos saudáveis orientadas pelos ACS investigados, uma nova variável foi criada a partir das questões originais dos módulos II e IV. A variável *“usuário portador de condições crônicas”* considera as respostas positivas para as três condições crônicas questionadas (orienta a usuários hipertensos e orienta a usuários diabéticos e orienta a usuários acima do peso).

Para o identificar a concordância das respostas entre ACS e supervisor, foram unificados os bancos de dados do Módulo II (percepção dos ACS) e IV (percepção do supervisor), através do comando *merge* do Stata®. Para fins do estudo, a resposta do supervisor foi replicada para todos os ACS sob sua supervisão, utilizando-se como código identificador o número do CNES e a área da equipe. Considerou-se concordância quando a resposta positiva do supervisor foi igual a resposta positiva do ACS para a mesma variável. Uma vez que os usuários foram

escolhidos de forma aleatória, a partir da rua de residência, não se realizou a análise da concordância das respostas entre ACS e usuários.

A análise estatística foi realizada a partir do cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%). Para testar a associação entre a orientação sobre hábitos saudáveis realizadas pelos ACS segundo região do país, utilizou-se o teste de Qui-Quadrado de Pearson, considerando estatisticamente significante aquelas associações com valor de p menor que 0,05 ($p\text{-valor} < 0,05$). O mesmo teste foi utilizado para analisar a associação entre as respostas concordantes do ACS e supervisor, segundo regiões. Os dados foram analisados no Software Stata[®], versão 12. As tabelas e gráficos apresentados no estudo foram produzidas a partir do programa Excel[®] 2013 para Windows 10[®].

4.2 Aspectos Éticos

O projeto “Avaliação do Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde no Processo de Consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil” foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), sendo aprovado sob parecer de nº 871.501/2014. Em todos os municípios foram realizados convites formais e obteve-se autorização por escrito mediante anuência institucional. Além disso, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de modo a atender aos requisitos da Resolução CNS 466/2012. Os documentos originais são de posse da Coordenação da Pesquisa no ISC/UFBA (NUNES et al, 2016).

Quadro 1 - Relação entre temas da PNPS e variáveis da Pesquisa de Avaliação do Perfil do ACS

Tema PNPS	Módulo	Cód. da variável	Descrição		
Alimentação adequada e saudável	Módulo I – Percepção dos usuários	I.6.7	O ACS orienta e/ou já orientou o (a) senhor (a) quanto ao consumo moderado de sal e açúcar?		
	Módulo II – Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde	II.20.21		Orientação quanto ao consumo moderado de sal e açúcar:	
		II.20.22	Em caso afirmativo, o senhor (a) orienta:	II.20.22.1	Quando o usuário é hipertenso
				II.20.22.2	Quando o usuário é diabético
				II.20.22.3	Quando o usuário está acima do peso
	II.20.22.4			Todos os usuários independente da sua condição	
	Módulo IV – Percepção do instrutor supervisor do ACS	IV.6.29		Orientação quanto ao consumo moderado de sal e açúcar:	
		IV.6.30	Em caso afirmativo, o senhor (a) orienta:	IV.6.30.1	Quando o usuário é hipertenso
				IV.6.30.2	Quando o usuário é diabético
				IV.6.30.3	Quando o usuário está acima do peso
	IV.6.30.4			Todos os usuários independente da sua condição	
	Módulo I – Percepção dos usuários	I.6.8	O ACS orienta e/ou já orientou o (a) senhor (a) quanto à redução do consumo de gorduras e frituras?		
	Módulo II – Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde	II.20.23		Orientação quanto à redução do consumo de gorduras e frituras:	
		II.20.24	Em caso afirmativo, o senhor (a) orienta:	II.20.24.1	Quando o usuário é hipertenso
				II.20.24.2	Quando o usuário é diabético
II.20.24.3				Quando o usuário está acima do peso	
II.20.24.4	Todos os usuários independente da sua condição				
Módulo IV – Percepção do instrutor supervisor do ACS	IV.6.31		Orientação quanto à redução do consumo de gorduras e frituras:		
	IV.6.32	Em caso afirmativo, o senhor (a) orienta:	IV.6.32.1	Quando o usuário é hipertenso	
			IV.6.32.2	Quando o usuário é diabético	
			IV.6.32.3	Quando o usuário está acima do peso	
IV.6.32.4			Todos os usuários independente da sua condição		
Módulo I – Percepção dos usuários	I.6.9	O ACS orienta e/ou já orientou o (a) senhor (a) quanto ao consumo de frutas, verduras, hortaliças etc.?			
Módulo II – Percepção	II.20.25	Orientação quanto ao consumo de frutas, verduras, hortaliças etc.			

Tema PNPS	Módulo	Cód. da variável		Descrição		
	dos Agentes Comunitários de Saúde	II.20.26	Em caso afirmativo, o senhor (a) orienta:	II.20.26.1	Quando o usuário é hipertenso	
				II.20.26.2	Quando o usuário é diabético	
				II.20.26.3	Quando o usuário está acima do peso	
				II.20.26.4	Todos os usuários independente da sua condição	
	Módulo IV – Percepção do instrutor supervisor do ACS	IV.6.33		Orientação quanto ao consumo de frutas, verduras, hortaliças etc.		
		IV.6.34	Em caso afirmativo, o senhor (a) orienta:	IV.6.34.1	Quando o usuário é hipertenso	
				IV.6.34.2	Quando o usuário é diabético	
				IV.6.34.3	Quando o usuário está acima do peso	
IV.6.34.4	Todos os usuários independente da sua condição					
Práticas corporais e atividades físicas	Módulo I – Percepção dos usuários	I.6.11		O ACS orienta e/ou já orientou o (a) senhor quanto à prática de atividade física:		
	Módulo II – Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde	II.20.29		Orientação quanto à prática de atividade física:		
		II.20.30	Em caso afirmativo, o senhor (a) orienta:	II.20.30.1	Quando o usuário é hipertenso	
				II.20.30.2	Quando o usuário é diabético	
				II.20.30.3	Quando o usuário está acima do peso	
	II.20.30.4			Todos os usuários independente da sua condição		
	Módulo IV – Percepção do instrutor supervisor do ACS	IV.6.37		Orientação quanto à prática de atividade física:		
		IV.6.38	Em caso afirmativo, o senhor (a) orienta:	IV.6.38.1	Quando o usuário é hipertenso	
				IV.6.38.2	Quando o usuário é diabético	
				IV.6.38.3	Quando o usuário está acima do peso	
IV.6.38.4	Todos os usuários independente da sua condição					

Fonte: Política Nacional de Promoção da Saúde (2014a) e Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015), Nunes et al (2016).

4.3 Caracterização da amostra

No Brasil, foram entrevistados 1.526 ACS, distribuídos nas cinco regiões do país, sendo 13% (n=199) na Região Norte, 35,1% (n=535) na Região Nordeste, 29,4% (n=448) na Região Sudeste, 14,3% (n=219) na Região Sul e 8,2% (n=125) na Região Centro-Oeste (Tabela 1). A maioria dos ACS respondentes foram do sexo feminino (83,2%). A maior proporção de ACS do sexo feminino estava na Região Sul, com 91,8%, enquanto a maior proporção de ACS do sexo masculino estava na Região Nordeste, com 23,5%. No que se refere a autodeclaração quanto ao quesito raça/cor, 52,8% dos ACS declararam-se pardos, 33,2% brancos e 11,9% pretos. A maior concentração de pardos atuava na Região Norte (68,3%), de brancos na Região Sul (66,7%) e de pretos na Região Centro-Oeste (16,8%).

A faixa etária que concentrou o maior número de ACS, no país, esteve entre 31 e 50 anos (67,1%). Quanto a religiosidade, 91,9% dos ACS responderam ter alguma religião ou frequentar grupo religioso, sendo mais de 87% ligados a religiões cristãs (católicos, evangélicos ou protestantes). Quanto a escolaridade, 71% dos ACS no país possuíam ensino médio completo e 12,7% já possuíam formação em nível superior. A região do país que concentrou o maior percentual de ACS com formação superior foi a Região Centro-Oeste (16%).

No que se referiu a situação conjugal, no Brasil, 69% dos ACS estavam casadas ou possuíam companheiros, 81,9% dos ACS possuíam filhos, sendo que 53,7% destes têm mais de um filho. O ACS considera-se chefe da casa ou principal responsável em 70% das vezes, em 38,1% destas, em parceria igualitária com seu cônjuge ou companheiro e, em 30,1%, responde sozinho por tal responsabilidade (Tabela 1).

No Brasil, 82,2% dos ACS moravam em sua área de atuação profissional, percentuais acima do percentual nacional foram identificados nas Regiões Nordeste (84,5%) e Sul (88,6%). Entre os ACS entrevistados, 21% (n=320) atuavam na zona rural e 79% (n=1206) atuavam na zona urbana. A maior proporção de ACS atuando na zona rural concentrou-se na Região Nordeste (41,1%), já a maior proporção de

ACS na zona urbana estava na Região Norte, com 96%. 64,1% dos ACS no país se deslocavam para o trabalho a pé (Tabela 1).

De acordo com a amostra nacional, 68,9% dos ACS entrevistados tinham menos de dez anos de admissão na profissão, com maior tempo percentual de admissão entre dois e cinco anos (30,7%), na Região Sudeste, 65,4% dos ACS, e Região Sul, 50,7% dos ACS, tinham cinco anos ou menos de admissão. O maior percentual de ACS com mais de 15 anos de admissão na função estava na Região Nordeste (22,4%).

Entre os instrutores supervisores, foram realizadas 303 entrevistas, com a seguinte distribuição por região do país: 11,9% na Região Norte (n=36), 35,3% na Região Nordeste (n=107), 28,1% na Região Sudeste (n=85), 15,8% na Região Sul (n=48) e 8,9% na Região Centro-Oeste (n=27). Dos instrutores supervisores entrevistados, 89,1% foram do sexo feminino, 99,3% eram enfermeiras e 89,4% tinham até 50 anos de idade, sendo que 57,4% dos entrevistados estavam na faixa etária de 31 a 50 anos (Tabela 2).

Quanto ao local de moradia, 75,6% dos instrutores supervisores residiam no município onde atuavam, com destaque para a Região Norte com 97,2% instrutores supervisores nessa condição. No Brasil, 33,7% dos entrevistados tinham até 24 meses de tempo de atuação como supervisor, sendo que a Região Centro-Oeste apresentou um percentual de 44,4% dos instrutores supervisores com o referido tempo de atuação. O percentual de instrutores supervisores que referiram não ter recebido capacitação para ser supervisor foi de 55,1%, com o maior percentual de respostas negativas na Região Sul (62,5%).

Quanto o tempo dedicado a atuação como supervisor, 44,6% dos instrutores supervisores no Brasil referiram atuar entre 31 e 40 horas e 34,7% referiram atuar por até 10 horas. No extrato por regiões, a Região Sudeste destacou-se com 60% dos supervisores atuando na função entre 31 e 40 horas semanais. Já a Região Sul apresentou 56,3% dos supervisores com até 10 horas de atuação na função (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição dos ACS entrevistados, segundo perfil sociodemográfico e econômico, Brasil e regiões do país. 2014-2015.

Variável	Brasil		Regiões				
	n	%	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
			%	%	%	%	%
Total de ACS	1.526	100	13,0	35,1	29,4	14,3	8,2
Sexo							
Feminino	1.270	83,2	84,9	76,5	85,7	91,8	85,6
Masculino	256	16,8	15,1	23,5	14,3	8,2	14,4
Raça / Cor autodeclarada							
Branca	507	33,2	12,1	20,4	44,2	66,7	24,0
Preta	182	11,9	15,6	11,8	11,4	7,3	16,8
Parda	805	52,8	68,3	66,2	42,9	23,7	56,8
Não sabe /não respondeu	10	0,7	1,0	0,0	0,7	1,8	0,8
Faixa etária							
Até 18 anos	5	0,3	0,0	0,2	0,7	0,5	0,0
19-30 anos	288	18,9	18,6	8,4	29,9	19,6	23,2
31-50 anos	1.023	67,1	70,9	77,2	56,7	61,2	64,8
51-60 anos	208	13,6	10,5	14,2	12,7	17,8	12,0
mais de 66 anos	2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0
Religiosidade							
Sim, qual?	1.403	91,9	94,0	92,0	91,5	90,9	92,0
Católico	871	57,1	47,2	65,4	53,6	56,6	50,4
Evangélico	451	29,6	42,7	24,1	29,9	26,0	36,8
Protestante	11	0,7	1,5	0,4	1,3	0,0	0,0
Candomblé	2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,5	0,8
Espírita	38	2,5	1,5	0,4	4,2	4,6	3,2
Espiritualista	4	0,3	0,0	0,2	0,5	0,5	0,0
Escolaridade							
Fundamental incompleto	16	1,1	0,0	1,7	0,5	1,6	1,6
Fundamental completo	140	9,2	4,5	10,7	8,3	14,6	4,0
Ensino médio completo	1.083	71,0	71,9	67,7	72,1	74,4	73,6
Superior em curso	93	6,1	8,5	4,7	8,3	3,7	4,8
Superior completo	194	12,7	15,1	15,3	10,5	6,9	16,0
Situação conjugal							
Casado(a) ou possui companheiro (a)	1.053	69,0	68,3	73,6	61,8	75,8	64,0
Solteiro (a)	322	21,1	22,1	18,3	27,0	13,2	24,0
Separado(a) ou divorciado(a)	128	8,4	7,1	7,1	9,2	10,1	10,4
Viúvo(a)	23	1,5	2,5	0,9	2,0	0,9	1,6
Possui filhos							
Sim, quantos?	1.249	81,9	83,9	85,2	73,9	87,2	83,2
Um único filho	375	24,6	19,1	20,8	29,5	29,7	23,2
Mais de um filho	874	57,3	64,8	64,5	44,4	57,5	60,0
Considerado chefe da casa ou principal responsável							
O ACS	487	31,9	35,7	37,0	25,2	26,9	36,8
Cônjuge ou companheiro (a)	253	16,6	14,1	15,3	15,6	22,4	19,2

Variável	Brasil		Regiões				
			Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
	n	%	%	%	%	%	%
ACS e cônjuge ou companheiro (a), igualmente	581	38,1	36,7	36,8	37,3	46,1	34,4
Pai ou mãe do ACS	165	10,8	9,6	8,6	19,0	3,7	5,6
Outros arranjos	40	2,6	4,0	2,2	2,9	0,9	4,0
Mora na área de atuação							
Sim	1.255	82,2	76,4	84,5	79,9	88,6	79,2
Não	271	17,8	23,6	15,5	20,1	11,4	20,8
Localização da Unidade							
Zona Rural	320	21,0	4,0	41,1	16,1	5,5	6,4
Zona Urbana	1.206	79,0	96,0	58,9	83,9	94,5	93,6
Deslocamento para o trabalho							
A pé	978	64,1	56,8	63,2	65,4	71,2	62,4
Transporte particular	429	28,1	35,2	30,5	24,6	20,6	32,8
Transporte público	119	7,8	8,0	6,4	10,0	8,2	4,8
Tempo de admissão como ACS							
Até 1 ano	182	11,9	10,1	3,6	24,1	15,1	1,6
2-5 anos	469	30,7	30,7	20,2	41,3	35,6	29,6
6-10 anos	400	26,2	30,7	26,7	19,0	29,7	36,8
11-15 anos	309	20,3	16,1	27,1	14,3	17,8	23,2
16 anos ou mais	166	10,9	12,6	22,4	1,3	1,8	8,8

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.

Observação: Para ver tabela completa, consultar o Apêndice A deste estudo.

No Brasil, 86,1% dos instrutores supervisores acumulam outra função além da supervisão do ACS, 79,9% referiram desenvolver ações na comunidade, 70,4% ofertavam atendimento ambulatorial e 20,8% desenvolviam outra função na secretaria de saúde. A Região Norte apresentou os maiores percentuais de ações na comunidade (94,4%) e atendimento ambulatorial (91,7%) como outras funções desenvolvidas pelos instrutores supervisores dos ACS (Tabela 2).

Aproximadamente, 45% dos instrutores supervisores atuam como supervisor entre 31 e 40 horas e 86,1% desempenham outra função além da supervisão do ACS, com destaque para o atendimento ambulatorial (70,3%) e as ações na comunidade (79,9%).

No Brasil, 1.814 usuários foram entrevistados (Tabela 3), distribuídos da seguinte forma pelas regiões do país: 11,9% (n=216) na Região Norte, 35,3% (n=641) na Região Nordeste, 28,1% (n=509) na Região Sudeste, 15,8% (n=286) na Região Sul e 8,9% (n=162) na Região Centro-Oeste. Desses usuários, 81,4% foram do sexo feminino, apenas as Regiões Sudeste (78,2%) e Sul (81,2%) apresentaram percentuais menores que o nacional no que se referia ao sexo dos usuários entrevistados. A região com maior percentual de usuários respondentes do sexo masculino foi a Região Sudeste (21,8%).

Quanto a idade, 66% dos usuários entrevistados (Tabela 3) encontravam-se entre 31 e 60 anos, 45,4% dos usuários da Região Norte estavam entre 31 e 50 anos e 34,4% dos usuários da Região Sudeste estavam com idade entre 51 e 60 anos, no período da entrevista. Sobre a religiosidade, 91,8% dos usuários entrevistados responderam ter alguma religião ou frequentar grupo religioso, ligados a religiões cristãs (católicos, evangélicos ou protestantes).

No que se refere à escolaridade, no país, 54,6% dos usuários possuíam até o ensino fundamental incompleto (33%) e completo (21,6%) e 16,3% dos usuários informaram não saber ler ou apenas assinar o nome. A Região Norte destacou-se com o maior percentual de usuários entrevistados com ensino médio completo (35,2%). Apenas as Regiões Norte (6,5%) e Centro-Oeste (6,8%) apresentaram taxas maiores que a nacional (4,6%) de usuários com nível superior (Tabela 3).

Tabela 2 - Distribuição dos instrutores supervisores entrevistados, segundo perfil sociodemográfico e características da atuação como supervisor, Brasil e regiões do país. 2014-2015.

Variável	Brasil		Regiões				
			Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
	n	%	%	%	%	%	%
Total de INSTRUTOR/SUPERVISOR	303	100	11,9	35,3	28,1	15,8	8,9
Sexo							
Feminino	270	89,1	83,3	86,0	96,5	83,3	96,3
Masculino	33	10,9	16,7	14,0	3,5	16,7	3,7
Profissão							
Enfermeiro(a)	301	99,3	100	99,1	100	100	96,3
Médico (a)	2	0,7	0,0	0,9	0,0	0,0	3,7
Faixa etária							
19-30 anos	97	32,0	27,8	31,8	35,3	25,0	40,7
31-50 anos	174	57,4	61,1	55,1	56,5	68,8	44,4
51-60 anos	30	9,9	8,3	12,2	8,2	6,3	14,8
mais de 66 anos	2	0,7	2,8	0,9	0,0	0,0	0,0
Mora no município							
Sim	229	75,6	97,2	72,9	80,0	58,3	74,1
Não	74	24,4	2,8	27,1	20,0	41,7	25,9
Tempo de atuação como supervisor							
Até 24 meses	102	33,7	25,0	38,3	36,5	18,8	44,4
De 25 a 60 meses	85	28,1	27,8	21,5	35,3	29,2	29,6
De 61 a 120 meses	78	25,7	27,8	27,1	20,0	33,3	22,2
De 121 a 180 meses	25	8,3	13,9	7,5	5,9	12,5	3,7
Acima de 181 meses	13	4,3	5,6	5,6	2,4	6,3	0,0
Horas de atuação como supervisor							
Até 10 horas	105	34,7	36,1	31,8	24,7	56,3	37,0
De 11 a 20 horas	36	11,9	25,0	13,1	8,2	4,2	14,8
De 21 a 30 horas	24	7,9	5,6	15,0	5,9	0,0	3,7
de 31 a 40 horas	135	44,6	30,6	40,2	60,0	37,5	44,4
acima de 41 horas	3	1,0	2,8	0,0	1,2	2,1	0,0
Recebeu capacitação p/ ser supervisor							
Sim	136	44,9	50,0	42,1	49,4	37,5	48,2
Não	167	55,1	50,0	57,9	50,6	62,5	51,9
Outra função além da supervisão do ACS							
Sim	261	86,1	100	86,9	77,7	87,5	88,9
Secretaria de saúde	63	20,8	27,8	26,2	11,8	14,6	29,6
Atendimento ambulatorial	213	70,3	91,7	61,7	67,1	75,0	77,8
Atendimento hospitalar	47	15,5	36,1	27,1	3,5	0,0	7,4
Ações na comunidade	242	79,9	94,4	79,4	69,4	87,5	81,5

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.
Observação: Para ver tabela completa, consultar o Apêndice B deste estudo.

Quanto a situação de trabalho, 26,9% dos usuários estavam desempregados no momento da entrevista, os maiores percentuais de desemprego foram nas Regiões Centro-Oeste (35,8%) e Nordeste (32,6%). Os aposentados e/ou pensionistas foram 24,8% dos entrevistados (Tabela 3).

Quanto a renda familiar, 78,6% dos usuários respondentes dispunham de até três salários mínimos no país, sendo que, mais de 85% dos usuários da Região Nordeste estavam nessa situação (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos usuários entrevistados, segundo perfil sociodemográfico e econômico, Brasil e regiões do país. 2014-2015.

Variável	Brasil		Regiões				
	n	%	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro -Oeste
			%	%	%	%	%
Total de USUÁRIOS	1.814	100	11,9	35,3	28,1	15,8	8,9
Sexo							
Feminino	1.477	81,4	81,9	83,5	78,2	81,2	81,5
Masculino	337	18,6	18,1	16,5	21,8	17,8	18,5
Faixa etária							
Até 18 anos	19	1,1	1,4	1,1	0,8	1,4	0,6
19-30 anos	309	17,0	18,5	22,6	11,2	12,9	18,5
31-50 anos	669	36,9	45,4	36,0	34,6	25,0	39,5
51-60 anos	529	29,2	23,6	24,7	34,4	33,2	30,9
mais de 66 anos	288	15,9	11,1	15,6	19,1	17,5	10,5
Religiosidade							
Católico	1.125	62,0	51,4	67,9	60,1	64,0	55,6
Evangélico	491	27,1	38,4	21,8	27,3	24,5	36,4
Protestante	13	0,7	0,9	0,9	0,6	0,0	1,2
Candomblé	5	0,3	0,0	0,2	0,8	0,0	0,0
Espírita	28	1,5	1,4	0,3	3,1	2,1	0,6
Espiritualista	3	0,2	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0
Escolaridade							
Fundamental incompleto	598	33,0	30,6	29,6	36,5	42,3	21,6
Fundamental completo	391	21,6	19,0	20,3	21,2	22,7	29,0
Ensino médio completo	446	24,6	35,2	19,3	25,2	24,5	29,6
Superior completo	84	4,6	6,5	4,2	3,9	4,2	6,8
Não sabe ler ou só assina	295	16,3	8,8	26,5	13,2	6,3	13,0
Situação de trabalho							
Servidor público	72	4,0	6,9	4,5	2,4	2,5	5,6
Empregado assalariado com ou sem CT	217	12,0	10,7	9,1	11,8	16,1	18,5
Empregado familiar não remunerado	233	12,3	20,8	12,5	13,4	8,0	4,3
Conta própria com ou sem estabelecimento	318	17,5	19,4	20,8	14,9	12,6	19,1
Empregador	5	0,3	0,5	0,2	0,2	0,0	1,2
Desempregado	487	26,9	21,3	32,6	19,7	25,9	35,8
Aposentado e/ou pensionista	450	24,8	16,7	20,0	33,8	31,8	14,2
Afastado (recebe auxílio do INSS)	42	2,3	3,7	0,5	3,9	3,2	1,2
Renda Familiar							
Até 1 SM	365	20,1	29,2	22,6	23,4	7,7	9,9
1 até 3 SM	1.061	58,5	49,5	63,5	50,7	68,5	57,4
Acima de 3 até 6 SM	167	9,2	9,3	4,8	9,6	12,2	19,8

Variável	Brasil		Regiões				
	n	%	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro -Oeste
			%	%	%	%	%
Acima de 6 até 10 SM	34	1,9	0,5	1,4	2,0	4,2	1,2
Acima de 10 SM	7	0,4	1,4	0,2	0,0	0,7	0,6
Não sabe/recusou responder	180	9,9	10,2	7,5	14,3	6,7	11,1

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.
 Observação: Para ver tabela completa, consultar o Apêndice C deste estudo.

5. RESULTADOS

O primeiro bloco de questões analisadas considerou a percepção sobre a orientação para os quatro hábitos saudáveis (consumo moderado de sal e açúcar, redução do consumo de gorduras e frituras, consumo de frutas, verduras e hortaliças e prática de atividade física) analisados no presente estudo, segundo resposta de ACS, instrutores supervisores e usuários.

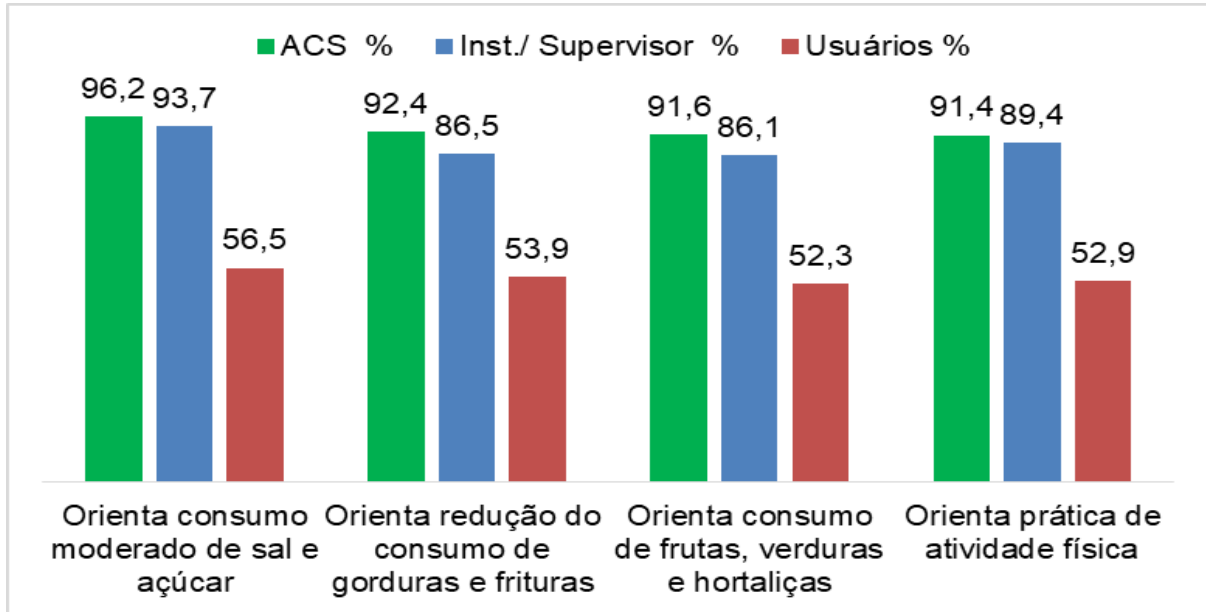
No Brasil, de modo geral, a orientação sobre hábitos saudáveis foi uma ação realizada pela maior parte dos ACS, ultrapassando a proporção de 90% de respostas positivas entre os agentes comunitários de saúde. A Região Nordeste apresentou valores acima do percentual nacional para as quatro orientações investigadas e a Região Sudeste apresentou valores abaixo do nacional para todas as orientações investigadas. Ao desagregar a orientação segundo tema inquirido, notou-se que a temática mais frequentemente orientada pelos ACS foi o consumo moderado de sal e açúcar (96,2%), seguido das duas outras condições alimentares pesquisadas (redução do consumo de gorduras e frituras – 92,4% e consumo de frutas, verduras e hortaliças – 91,6%). Já a orientação quanto à prática de atividade física foi orientada por 91,4% dos ACS (Gráfico 1).

A orientação realizada pelos ACS quanto ao consumo moderado de sal e açúcar destacou-se, também, entre as respostas dos instrutores supervisores, alcançando o percentual de 93,7%. A segunda orientação mais realizada, segundo os instrutores supervisores foi a prática de atividade física (89,4%), seguidos da redução do consumo de gorduras e frituras (86,5%) e consumo de frutas, verduras e hortaliças (86,1%). As Regiões Norte e Nordeste destacaram-se por apresentar valores acima do percentual nacional para todas as orientações investigadas, nas respostas dos instrutores supervisores. Já a Região Sul apresentou valores abaixo do nacional para todos os hábitos saudáveis analisados (Gráfico 1).

Apesar da alta proporção de respostas positivas sobre a orientação quanto aos hábitos saudáveis analisados no Brasil, considerando as respostas do ACS (acima de 91%) e dos instrutores supervisores (acima de 86%), o maior percentual

de respostas positivas entre os usuários foi de 56,5%, para o consumo moderado de sal e açúcar, conforme apresentado no gráfico 1.

Gráfico 1 - Percentual de orientação a hábitos saudáveis referidos por ACS, instrutor supervisor e usuários, Brasil, 2014-2015.



Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.

No extrato por regiões, de acordo com a resposta dos ACS, a Região Centro-Oeste apresentou o maior percentual nacional (99,2%) quanto a orientação do consumo moderado de sal e açúcar e, apenas, a Região Sudeste apresentou valor inferior ao nacional (94,6%). As Regiões Nordeste (93,5%) e Centro-Oeste (95,2%) apresentaram valores superiores ao nacional quanto à orientação da redução do consumo de gorduras e frituras. As Regiões Nordeste (93,8%), Sul (91,8%) e Centro-Oeste (92,8%) apresentaram valores acima do nacional para a orientação do consumo de frutas, verduras e hortaliças. As Regiões Norte (93,5%) e Nordeste (92,2%) apresentaram valores acima do nacional para a orientação da prática de atividade física. Nas respostas dos ACS não foram observadas diferenças estatisticamente significantes na análise por regiões para quaisquer dos hábitos saudáveis investigados (Tabela 4).

De acordo com a resposta dos instrutores supervisores (Tabela 5), apenas as Regiões Norte (97,2%) e Nordeste (95,3%) mostraram valores acima do nacional

para a orientação dos ACS quanto ao consumo moderado de sal e açúcar. As Regiões Sul (81,3%) e Centro-Oeste (85,2%) apresentaram respostas abaixo da nacional para a orientação dos ACS quanto a redução do consumo de gorduras e frituras. A orientação dos ACS quanto consumo de frutas, verduras e hortaliças, segundo os instrutores supervisores foi maior que a nacional nas Regiões Norte (88,9%), Nordeste (87,9%) e Centro-Oeste (92,6%). Na resposta do instrutor supervisor, apenas a orientação do ACS quanto a prática de atividade física apresentou diferença estatisticamente significativa por região (79,4% na Região Centro-Oeste e 95,3% na Região Sudeste 95,3%, p -valor=0,005), entre os hábitos saudáveis analisados.

As Regiões Sudeste e Centro-Oeste destacaram-se por apresentar percentual acima do nacional quanto a percepção dos usuários sobre a orientação dos ACS para todos os hábitos saudáveis investigados (Tabela 6). A Região Norte apresentou o menor percentual de respostas positivas dos usuários, quanto a orientação dos ACS sobre o consumo moderado de sal e açúcar (50%). Menos de 50% dos usuários da Região Norte (48,6%) referiram terem sido orientados pelos ACS sobre o consumo de frutas, verduras e hortaliças. A Região Sudeste (55,4%) alcançou o maior percentual de respostas positivas dos usuários quanto a orientação dos ACS para a prática de atividade física. Observou-se diferença estatisticamente significantes na resposta dos usuários para a orientação quanto a redução do consumo de gorduras e frituras (46,9% na Região Sul e 58,6% na Região Centro-Oeste, p -valor=0,009).

O segundo bloco de análise do estudo considerou a destinação das orientações sobre hábitos saudáveis realizadas pelos agentes comunitários de saúde, considerando cinco grupos: todos os usuários independentemente de sua condição, usuários hipertensos, usuários diabéticos, usuários acima do peso e usuários em condições crônicas. A nova categoria “usuário portador de condições crônicas”, estabelecida no âmbito desse estudo, considerou a soma das respostas positivas às três condições clínicas questionadas (hipertensos, diabéticos e acima do peso). A percepção dos usuários quanto a quem se destina as orientações sobre hábitos saudáveis não foi inquerida pela pesquisa.

Quando questionados a quem se destina a orientação, encontraram-se diferenças estatisticamente significantes nas respostas dos ACS, por região, em todos os hábitos saudáveis inqueridos, para todos os destinatários: usuários hipertensos, diabéticos, acima do peso e usuários portadores de condições crônicas. A exceção deu-se para a orientação sobre o consumo moderado de sal e açúcar a todos os usuários, que apontou valor limítrofe de $p\text{-valor}=0,052$ (Tabela 4).

Nas respostas dos instrutores supervisores, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes, por região, para todos os destinatários, apenas para os hábitos saudáveis consumo moderado de sal e açúcar e prática de atividade física. Para os destinatários dos outros hábitos saudáveis investigados o $p\text{-valor}$ foi superior a 0,05 (Tabela 5).

No Brasil, no que se refere à orientação a *todos os usuários independentemente de sua condição*, o hábito saudável mais orientado pelos ACS foi o consumo de frutas, verduras e hortaliças (77,2%), seguido da orientação quanto à redução do consumo de gorduras e frituras (68,7%), ao consumo moderado de sal e açúcar (67,4%) e à prática de atividade física (64,2%), conforme tabela 4.

O consumo de frutas, verduras e hortaliças destacou-se, também, entre os instrutores supervisores como o hábito saudável mais orientado pelos ACS no país (65,4%), quando o destino foram todos os usuários independentemente de sua condição. Segundo as respostas dos instrutores supervisores para a orientação a todos os usuários, a Região Nordeste apresentou valores percentuais abaixo do nacional para os quatro hábitos saudáveis investigados, já a Região Sudeste apresentou respostas acima do nacional para os mesmos quatro hábitos saudáveis e público.

A orientação dos ACS a todos os usuários, apresentou diferença estatisticamente significantes no extrato Regiões para redução do consumo de gorduras e frituras (71,4% na Região Sudeste e 58,9% na Região Sul, $p\text{-valor}=0,008$), o consumo de frutas, verduras e hortaliças (79,9% na Região Norte e 69,6% na Região Centro-Oeste, $p\text{-valor}=0,037$) e na prática de atividade física (74,1% na Região Sudeste e 57% na Região Nordeste, $p\text{-valor}=0,000$). O consumo

moderado de sal e açúcar apresentou p -valor=0,052 (limítrofe) com destaque positivo para a Região Nordeste (70,8%) e negativo para Região Sul (60,3%).

Na percepção dos instrutores supervisores, os maiores percentuais de orientação a todos os usuários Região Centro-Oeste (55,6%) para a redução do consumo de gorduras e frituras, Região Norte para o consumo de frutas, verduras e hortaliças (77,8%). A orientação sobre o consumo moderado de sal e açúcar (67,1% na Região Sudeste e 40,2% na Região Nordeste, p -valor=0,003) e prática de atividade física (77,8% na Região Norte e 46,7% na Região Nordeste, p -valor=0,000) apresentaram diferenças estatisticamente significantes na resposta dos instrutores supervisores entre essas regiões (Tabela 5).

No Brasil, para a variável *usuário portador de condições crônicas*, o consumo moderado de sal e açúcar foi o hábito saudável orientado com maior frequência, ainda que tenha correspondido a apenas 25,3% dos ACS. Na percepção dos instrutores supervisores, para o mesmo público, o hábito saudável mais orientado pelos ACS foi a redução do consumo de gorduras e frituras, com 28,4% (Tabela 4).

Para esse público encontrou-se diferença estatisticamente significativa no extrato por região, de acordo com ao ACS, para todos os hábitos saudáveis inqueridos: consumo moderado de sal e açúcar (16,1% na Região Norte e 40,8% na Região Centro-Oeste; p -valor = 0,000), redução do consumo de gorduras e frituras (12,1% na Região Norte e 43,2% na Região Centro-Oeste; p -valor = 0,000), consumo de frutas, verduras e hortaliças (6,5% na Região Sudeste e 34,4% na Região Centro-Oeste; p -valor = 0,000) e prática de atividade física (10,3% na Região Sudeste e 24,1% na Região Nordeste, p -valor=0,000).

Já nas respostas dos instrutores supervisores, considerando como destinatário os usuários portadores de condições crônicas (Tabela 5), observou-se diferenças estatisticamente significantes para a orientação sobre o consumo moderado de sal e açúcar (14,1% na Região Sudeste e 33,6% na Região Nordeste; p -valor = 0,023) e para a prática de atividade física (5,6% na Região Norte e 34,6% na Região Nordeste; p -valor=0,001). Nos demais hábitos saudáveis investigados, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes para esse

destinatário, de acordo com a resposta dos instrutores supervisores. Contudo, a Região Nordeste destacou-se positivamente, em relação ao percentual nacional, 36,5% e a Região Centro-Oeste apresentou os resultados mais baixos com 18,5%, para a redução do consumo de gorduras e frituras. Sobre a orientação para o consumo de frutas, verduras e hortaliças, os maiores percentuais foram encontrados na Região Nordeste (36,5%) e os menores percentuais na Região Norte (5,6%).

No Brasil, quando questionados a quem se destina a orientação prestada segundo condição clínica pré-existente investigada, o *usuário hipertenso* foi o principal foco das orientações dos ACS para os hábitos saudáveis analisados, segundo respostas dos ACS e dos instrutores supervisores, alcançando um percentual de 38% (segundo os ACS) e 43,2% (segundo os instrutores supervisores) para a orientação sobre o consumo moderado de sal e açúcar (Tabela 4 e 5).

A orientação sobre o consumo moderado de sal e açúcar, apresentou diferenças estatisticamente significantes nas respostas dos ACS (Tabela 4), por região, para usuários hipertensos (25,7% na Região Sudeste e 54,4% na Região Centro-Oeste; p-valor = 0,000), usuários diabéticos (25,7% na Região Sudeste e 52% na Região Centro-Oeste; p-valor = 0,000) e usuários acima do peso (17,1% na Região Norte e 42,4% na Região Centro-Oeste; p-valor = 0,000).

Na resposta dos instrutores supervisores (Tabela 5) também foram observadas diferenças estatisticamente significantes por região quanto a orientação sobre o consumo moderado de sal e açúcar orientado pelos ACS, quando destinadas a usuários hipertensos (25,9% na Região Sudeste e 52,8% na Região Norte; p-valor = 0,002), a usuários diabéticos (24,7% na Região Sudeste e 50% na Região Norte; p-valor = 0,004) e a usuários acima do peso (14,8% na Região Centro-Oeste e 34,6% na Região Nordeste; p-valor = 0,026).

Para a orientação sobre redução do consumo de gorduras e frituras, foram observadas diferenças estatisticamente significantes nas respostas dos ACS (Tabela 4), por região, quando destinadas a usuários hipertensos (19% na Região Sudeste e 48% na Região Centro-Oeste; p-valor = 0,000), a usuários diabéticos (18,8% na Região Sudeste e 46,4% na Região Centro-Oeste; p-valor = 0,000) e a usuários

acima do peso (12,1% na Região Norte e 43,2% na Região Centro-Oeste; p-valor = 0,000).

Para o referido hábito, segundo resposta do instrutor supervisor (Tabela 5), a Região Nordeste destacou-se positivamente para a orientação a usuários hipertensos (43,9%), a usuários diabéticos (43%) e a usuários acima do peso (38,3%). Já a Região Centro-Oeste apresentou os resultados mais baixos para usuários hipertensos (29,6%), usuários diabéticos (25,9%) e usuários acima do peso (22,2%).

No que se refere a orientação sobre o consumo de frutas, verduras e hortaliças, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nas respostas dos ACS (Tabela 4), por região, quando destinadas a usuários hipertensos (8,7% na Região Sudeste e 40,8% na Região Centro-Oeste; p-valor = 0,000), a usuários diabéticos (8,7% na Região Sudeste e 40,8% na Região Centro-Oeste; p-valor = 0,000) e a usuários acima do peso (7,4% na Região Sudeste e 27,6% na Região Centro-Oeste; p-valor = 0,000).

De acordo com as respostas dos instrutores supervisores, no que se refere a orientação realizada pelos ACS sobre o consumo de frutas, verduras e hortaliças, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes por regiões do país para os destinatários inqueridos nesse estudo (Tabela 5). No entanto, a Região Nordeste destacou-se com os maiores percentuais de orientação para usuários hipertensos (43,9%), usuários diabéticos (43%) e usuários acima do peso (38,3%). Já a Região Norte apresentou os percentuais mais baixos para usuários hipertensos (11,1%), usuários diabéticos (11,1%) e usuários acima do peso (5,6%).

No que tange a orientação sobre a prática de atividade física, de acordo com a resposta dos ACS por região (Tabela 4), foram observadas diferenças estatisticamente significantes por região quando as mesmas foram destinadas a usuários hipertensos (14,5% na Região Sudeste e 31,6% na Região Nordeste; p-valor=0,000), a usuários diabéticos (13,4% na Região Sudeste e 29,9% na Região Nordeste; p-valor=0,000) e a usuários acima do peso (13,6% na Região Sudeste e 28,4% na Região Nordeste, p-valor=0,000).

Nas respostas dos instrutores supervisores foram encontradas diferenças estatisticamente significantes por região (Tabela 5), quanto a orientação realizada pelos ACS sobre a prática de atividade física para os usuários hipertensos (11,1% na Região Sul e 40,2% na Região Nordeste; p-valor=0,000), a usuários diabéticos (11,1% nas Regiões Norte e Sul e 38,3% na Região Nordeste; p-valor=0,000) e a usuários acima do peso (8,3% na Região Norte e 38,3% na Região Nordeste; p-valor=0,000).

O terceiro bloco de análise desse estudo englobou a confirmação das respostas dos ACS, a partir das respostas dos instrutores supervisores. Considerou-se a resposta positiva do instrutor supervisor, associada à resposta positiva do ACS sobre sua supervisão, como elemento confirmatório do desenvolvimento da ação de orientação sobre o hábito saudável em questão (Tabela 7).

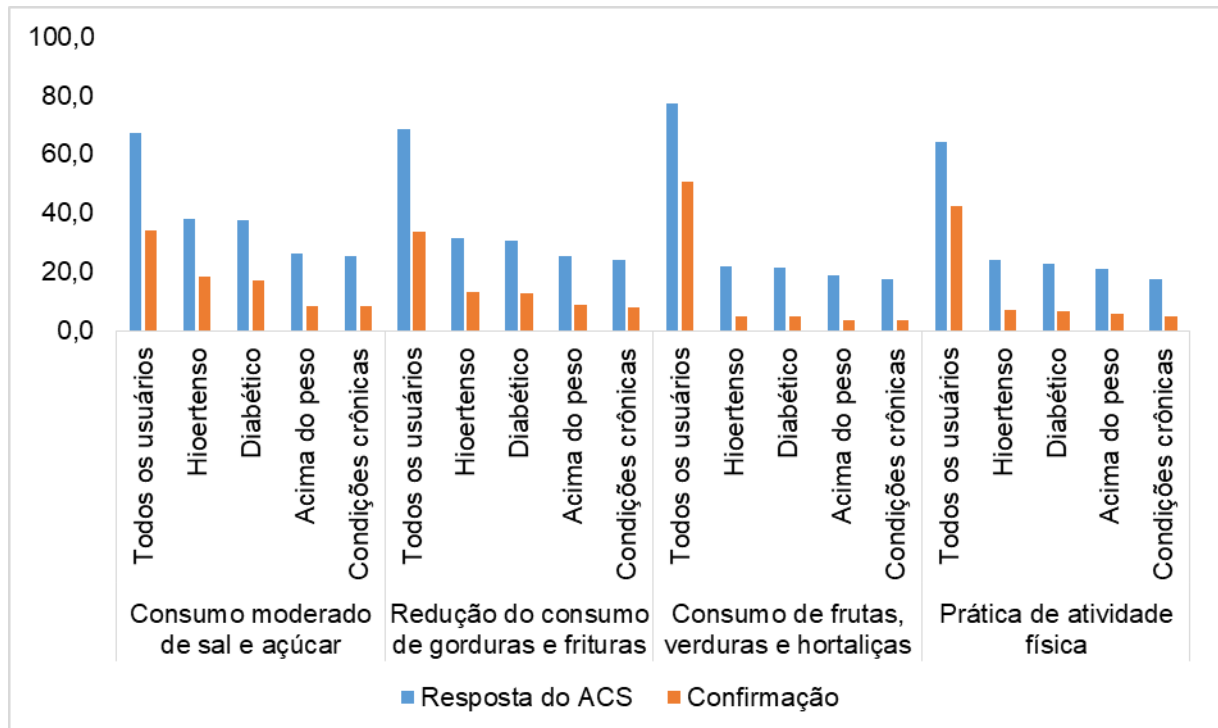
No Brasil, o hábito saudável com maior percentual de confirmação de respostas foi o consumo moderado de sal e açúcar (89,5%), já o hábito com o menor percentual de confirmação foi o consumo de frutas, verduras e hortaliças (79%). As Regiões Norte e Nordeste apresentaram percentuais acima do nacional na confirmação sobre a orientação para todos os hábitos saudáveis analisados. Já a Região Sul apresentou percentuais abaixo do nacional, segundo os mesmos critérios. Para todos os hábitos saudáveis investigados e confirmados, foram observadas diferenças estatisticamente significantes no extrato por região, com exceção da redução do consumo de gorduras e frituras (Tabela 7).

Vale ressaltar que foi observado uma redução importante entre o percentual de resposta positiva dos ACS e a confirmação da resposta, principalmente, no que se refere às questões relacionadas a quem se destinava a orientação inquerida, conforme mostra o gráfico 2.

Quando o destino da orientação foram todos os usuários independentemente da condição, o maior percentual de confirmação no país foi para o consumo de frutas, verduras e hortaliças (50,5%) e o menor percentual foi para a orientação sobre a redução do consumo de gorduras e frituras (33,9%). Quando considerados os usuários portadores de condições crônicas, o maior percentual de confirmação

observado foi para o consumo moderado de sal e açúcar, com apenas 8,3%, e o menor percentual foi para o consumo de frutas, verduras e hortaliças, com 3,5% (Tabela 7).

Gráfico 2 - Percentual de ACS que referiram orientar e percentual de confirmação, para os quatro hábitos saudáveis inqueridos em referência a quem se destina. Brasil, 2014-2015.



Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.

Quando considerado como destinatário o usuário com uma condição clínica pré-existente (Tabela 7), o hábito saudável que reuniu os maiores percentuais de confirmação da ação, na amostra nacional, foi o consumo moderado de sal e açúcar, com os maiores percentuais na orientação ao usuário hipertenso (18,5%) e usuário diabético (17,2%) e a orientação sobre a redução do consumo de gorduras e frituras para usuários acima do peso (8,8%). Já os menores percentuais nas mesmas condições foram para o consumo de frutas, verduras e hortaliças para o usuário hipertenso (5,1%), o usuário diabético (5,1%) e o usuário acima do peso (3,7%).

Na amostra por região, foram observadas diferenças estatisticamente significantes para os cinco destinatários investigados, em todos os hábitos saudáveis analisados (Tabela 7).

Tabela 4 - Proporção de hábitos saudáveis orientados pelos ACS, Brasil e regiões do país, 2014-2015.

Variável	Regiões							p-valor
	Brasil		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
	n	%	%	%	%	%	%	
Total de ACS	1.526	100	13,0	35,1	29,4	14,3	8,2	
Orienta consumo moderado de sal e açúcar	1.468	96,2	96,5	96,6	94,6	96,4	99,2	0,172
Todos os usuários	1.029	67,4	63,8	70,8	68,5	60,3	67,2	0,052
Usuário hipertenso	580	38,0	31,2	48,2	25,7	35,2	54,4	0,000
Usuário diabético	575	37,7	30,7	48,2	25,7	34,7	52,0	0,000
Usuário acima do peso	398	26,1	17,1	35,5	17,6	19,2	42,4	0,000
Usuário em condições crônicas	386	25,3	16,1	34,8	17,2	18,3	40,8	0,000
Orienta redução do consumo de gorduras e frituras	1.410	92,4	91,5	93,5	91,1	91,8	95,2	0,442
Todos os usuários	1.049	68,7	69,9	71,0	71,4	58,9	64,8	0,008
Usuário hipertenso	484	31,7	21,6	42,4	19,0	31,5	48,0	0,000
Usuário diabético	469	30,7	20,6	40,9	18,8	30,6	46,4	0,000
Usuário acima do peso	386	25,3	12,1	36,8	14,3	21,5	43,2	0,000
Usuário em condições crônicas	370	24,3	12,1	35,0	13,6	20,1	43,2	0,000
Orienta consumo de frutas, verduras e hortaliças	1.398	91,6	91,5	93,8	88,6	91,8	92,8	0,063
Todos os usuários	1.178	77,2	79,9	79,1	78,6	71,7	69,6	0,037
Usuário hipertenso	333	21,8	10,1	33,6	8,7	19,6	40,8	0,000
Usuário diabético	329	21,6	9,6	33,3	8,7	19,2	40,8	0,000
Usuário acima do peso	286	18,7	7,5	29,4	7,4	15,5	37,6	0,000
Usuário em condições crônicas	268	17,6	7,0	28,0	6,5	14,6	34,4	0,000
Orienta prática de atividade física	1.395	91,4	93,5	92,2	91,1	89,5	89,6	0,549
Todos os usuários	979	64,2	67,3	57,0	74,1	62,1	57,6	0,000
Usuário hipertenso	369	24,2	24,1	31,6	14,5	24,2	27,2	0,000
Usuário diabético	350	22,9	23,1	29,9	13,4	22,8	27,2	0,000
Usuário acima do peso	322	21,1	17,6	28,4	13,6	19,6	24,8	0,000
Usuário em condições crônicas	265	17,4	15,1	24,1	10,3	16,0	20,0	0,000

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.

Observação: Para ver tabela completa, consultar o Apêndice D deste estudo.

Tabela 5 - Proporção de hábitos saudáveis orientados pelos ACS, segundo a resposta dos instrutores supervisores, Brasil e regiões do país, 2014-2015.

Variável	Brasil		Regiões					p-valor
	n	%	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
			%	%	%	%	%	
Total de SUPERVISORES	303	100	11,9	35,3	28,1	15,8	8,9	
Orienta consumo moderado de sal e açúcar	284	93,7	97,2	95,3	92,9	91,7	88,9	0,605
Todos os usuários	150	49,5	44,4	40,2	67,1	41,7	51,9	0,003
Usuário hipertenso	131	43,2	52,8	52,3	25,9	50,0	37,0	0,002
Usuário diabético	124	40,9	50,0	49,5	24,7	47,9	33,3	0,004
Usuário acima do peso	76	25,1	25,0	34,6	15,3	27,1	14,8	0,026
Usuário em condições crônicas	74	24,4	25,0	33,6	14,1	27,1	14,8	0,023
Orienta redução do consumo de gorduras e frituras	262	86,5	88,9	86,9	88,2	81,3	85,2	0,812
Todos os usuários	143	47,2	47,2	41,1	55,3	41,7	55,6	0,271
Usuário hipertenso	115	38,0	41,7	43,9	30,6	39,6	29,6	0,327
Usuário diabético	112	37,0	41,7	43,0	29,4	39,6	25,9	0,227
Usuário acima do peso	91	30,0	22,2	38,3	22,4	35,4	22,2	0,079
Usuário em condições crônicas	86	28,4	22,2	36,5	20,0	35,4	18,5	0,050
Orienta consumo de frutas, verduras e hortaliças	261	86,1	88,9	87,9	83,5	81,3	92,6	0,578
Todos os usuários	198	65,4	77,8	60,8	67,1	60,4	70,4	0,357
Usuário hipertenso	61	20,1	11,1	27,1	16,5	20,8	14,8	0,181
Usuário diabético	61	20,1	11,1	27,1	16,5	20,8	14,8	0,181
Usuário acima do peso	47	15,5	5,6	22,4	11,8	14,6	14,8	0,108
Usuário em condições crônicas	46	15,2	5,6	22,4	11,8	14,6	11,1	0,088
Orienta prática de atividade física	271	89,4	91,7	90,7	95,3	85,4	70,4	0,005
Todos os usuários	191	63,0	77,8	46,7	75,3	68,8	59,3	0,000
Usuário hipertenso	75	24,8	13,9	40,2	20,0	14,6	11,1	0,000
Usuário diabético	72	23,8	11,1	38,3	20,0	14,6	11,1	0,000
Usuário acima do peso	70	23,1	8,3	38,3	18,8	14,6	11,1	0,000
Usuário em condições crônicas	65	21,5	5,6	34,6	18,8	14,6	11,1	0,001

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.

Observação: Para ver tabela completa, consultar o Apêndice E deste estudo.

Tabela 6 - Proporção de hábitos saudáveis orientados pelos ACS, segundo a resposta dos usuários, Brasil e regiões do país, 2014-2015.

Variável	Regiões							p-valor
	Brasil		Nort e	Nordes te	Sudes te	Sul	Centro- Oeste	
	n	%	%	%	%	%	%	
Total de USUÁRIOS	1.814	100	11,9	35,3	28,1	15,8	8,9	
Orienta consumo moderado de sal e açúcar	1.024	56,5	50,0	58,0	58,0	52,5	61,1	0,089
Orienta redução do consumo de gorduras e frituras	978	53,9	47,2	56,2	56,4	46,9	58,6	0,009
Orienta consumo de frutas, verduras e hortaliças	949	52,3	48,6	50,9	53,8	51,1	60,5	0,151
Orienta prática de atividade física	960	52,9	50,5	52,0	55,4	51,4	54,9	0,635

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.
Observação: Para ver tabela completa, consultar o Apêndice F deste estudo.

Tabela 7 - Proporção de confirmação de respostas por hábitos saudáveis orientados pelos ACS, Brasil e regiões do país, 2014-2015.

Variável	Brasil		Regiões					p-valor
	n	%	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
			%	%	%	%	%	
Concorda sobre orientação do consumo moderado de sal e açúcar	1.366	89,5	93,0	91,6	88,0	85,4	88	0,034
Todos os usuários	522	34,2	28,1	29,2	47,1	28,3	29,6	0,000
Usuário hipertenso	282	18,5	19,6	27,3	7,4	16,9	21,6	0,000
Usuário diabético	263	17,2	18,1	25,6	7,4	16,0	17,2	0,000
Usuário acima do peso	131	8,6	7,5	15,1	3,4	5,5	6,4	0,000
Usuário em condições crônicas	127	8,3	7,5	14,4	3,4	5,5	6,4	0,000
Concorda sobre orientação da redução do consumo de gorduras e frituras	1.218	79,8	79,9	81,7	80,4	74,9	78,4	0,320
Todos os usuários	517	33,9	31,7	28,0	43,3	30,1	35,2	0,000
Usuário hipertenso	203	13,3	11,6	20,0	5,8	14,2	12,8	0,000
Usuário diabético	196	12,8	11,1	19,2	5,6	14,2	10,4	0,000
Usuário acima do peso	134	8,8	3,0	15,7	3,6	7,8	8,8	0,000
Usuário em condições crônicas	124	8,1	3,0	14,8	2,9	7,8	7,2	0,000
Concorda sobre a orientação do consumo de frutas, verduras e hortaliças	1.206	79,0	79,9	83,7	74,1	73,1	85,6	0,000
Todos os usuários	771	50,5	62,1	46,4	54,0	44,3	48	0,000
Usuário hipertenso	77	5,1	1,5	11,4	0,7	3,2	2,4	0,000
Usuário diabético	78	5,1	1,5	11,4	0,9	3,2	2,4	0,000
Usuário acima do peso	57	3,7	0,5	9,4	0,0	1,4	2,4	0,000
Usuário em condições crônicas	53	3,5	0,5	9,0	0,0	1,4	0,8	0,000
Concorda sobre a orientação prática de atividade física	1.267	83,0	84,9	84,7	88,6	75,3	66,4	0,000
Todos os usuários	649	42,53	49,25	26,36	58,93	43,84	40	0,000
Usuário hipertenso	110	7,21	3,02	14,77	3,79	3,65	0	0,000
Usuário diabético	103	6,75	2,01	14,02	3,57	3,65	0	0,000
Usuário acima do peso	92	6,03	2,51	11,96	3,13	3,2	1,6	0,000
Usuário em condições crônicas	75	4,91	1,51	10,28	2,46	2,74	0	0,000

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.

Observação: Para ver tabela completa, consultar o Apêndice G deste estudo.

6. DISCUSSÃO

Entende-se o desenvolvimento de hábitos saudáveis como uma ação de promoção da saúde, vinculada ao nível proximal dos determinantes sociais em saúde, conforme proposto por Dahlgren e Whitehead (BRASIL, 2008). A predita ação de promoção da saúde está presente no escopo de atribuições da estratégia de saúde da família, dialoga com a proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde a ela imputada e está fundamentada na compreensão e atuação frente aos territórios de vida dos usuários, favorecendo o protagonismo dos sujeitos frente aos determinantes e condicionantes de saúde (CINCURÁ, 2014; TEIXEIRA, VILASBÔAS, 2014; CARVALHO, NOGUEIRA, 2016). No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica define o desenvolvimento de ações de promoção da saúde como atribuição do agente comunitário de saúde (BRASIL, 2011).

Esse estudo destaca-se por utilizar uma amostra nacional para analisar a percepção quanto a orientação sobre hábitos saudáveis desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde e referidas por instrutores supervisores e usuários, considerando os seguintes hábitos: consumo moderado de sal e açúcar, redução do consumo de gorduras e frituras, consumo de frutas, verduras e hortaliças e prática de atividade física. Segundo os resultados desse estudo, mais de 90% dos ACS no Brasil e no extrato por regiões, desenvolvem ações de orientação para os referidos hábitos saudáveis. Resultado semelhante foi encontrado em estudo regional realizado por Fracolli et al (2013), com ACS das equipes de saúde do território do Colegiado de Gestão Regional de Alto Capivari, na Região de Saúde de Presidente Prudente (São Paulo), que investigou, entre outras ações do ACS, a realização das ações “Orientar indivíduos quanto ao autocuidado” e “Orientar a população quanto a medidas de proteção à saúde”, alcançando um percentual de orientação diária de 84,41%. Os achados desses estudos indicam que a orientação dos usuários quanto a hábitos saudáveis integra o fazer cotidiano dos ACS.

Com um percentual de, aproximadamente, 80%, os instrutores supervisores dos ACS confirmaram que as orientações a hábitos saudáveis aconteciam. Esses

resultados estão em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde que apresenta o incentivo à alimentação saudável e à prática corporal/ atividade física como dois dos temas relevantes a serem abordados pelos profissionais de saúde, visando a qualidade de vida dos usuários e da sociedade (BRASIL, 2014a).

Contudo, entre os usuários, menos de 60% dos respondentes afirmaram receber orientações dos ACS sobre hábitos saudáveis. Estudo sobre os ACS realizado em Mesquita (Rio de Janeiro) auxilia na construção de hipóteses sobre o baixo reconhecimento dos usuários quanto à orientação dos ACS. Segundo seus autores, a baixa formação profissional do ACS e as deficiências estruturais e de insumos das unidades foram elementos que levaram a comunidade a duvidar do Agente, o que diminuía a credibilidade do profissional para influenciar o comportamento de saúde dos usuários, mesmo considerando sua proximidade com a comunidade (PINTO, SILVA, SORIANO, 2012). A credibilidade é essencial para o desenvolvimento do trabalho do ACS, pois é a partir dela que o vínculo se estabelece, facilitando a entrada desse profissional nos domicílios e nas vidas dos usuários (JARDIM, LANCMAN, 2009).

Outro aspecto a ser considerado em relação a diferença percentual entre as respostas de ACS e usuários quanto as orientações é que os hábitos e as escolhas dos indivíduos estão situados no nível pessoal dos determinantes sociais da saúde e são fortemente influenciados por seu acesso a informações, bens e serviços e por suas relações sociais e culturais (CINCURÁ, 2014; ROCHA, DAVID, 2015). Deste modo, é pertinente observar que usuários e ACS compartilham da mesma comunidade, de relações sociais e hábitos que se aproximam. Assim, os usuários podem questionar os conteúdos abordados nas orientações, ao não perceber que os ACS adotam em sua vida as orientações que transmitem aos usuários.

Corroborando com essa hipótese, Hidalgo et al (2011) realizaram inquérito telefônico sobre o perfil da adoção de hábitos saudáveis por profissionais de saúde no Brasil, identificando um alto percentual de ACS e outros profissionais que não adotam estilo de vida saudável, relacionado à prevenção de doenças crônicas, o que sugere que esses profissionais podem estar menos propensos a encorajar esses comportamentos em seus pacientes.

Nessa investigação, a orientação quanto a hábitos saudáveis voltados à alimentação destacou-se frente à prática de atividade física entre as respostas dos ACS, sendo confirmada por mais de dois terços dos instrutores supervisores respondentes. Em que pese a maior proporção de hábitos saudáveis investigados ligados à alimentação (3:1), a que se considerar que a discussão acerca da alimentação adequada e saudável na saúde está mais consolidada no campo da saúde, datando do final dos anos 1990 a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, um esforço de política pública que valoriza o direito humano à alimentação (BRASIL, 2012). Já as considerações acerca das práticas corporais e atividade física na saúde são contemporâneas ao avanço da epidemia de DCNT. Sua consolidação na perspectiva da promoção da saúde na Atenção Básica é recente e encontra substancialidade com a publicação dos primeiros textos da PNAB e PNPS em 2006, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, que possibilitam a contratação de profissionais de educação física e com a criação do Programa Academia da Saúde (2011), no bojo do Plano de Enfrentamento das DCNT, que amplia a oferta de atividade física para a população (CARVALHO, NOGUEIRA, 2016).

Entre os usuários no Brasil, pouco mais da metade deles, afirmaram receber orientação sobre hábitos alimentares (consumo moderado de sal e açúcar, redução do consumo de gorduras e frituras e consumo de frutas, verduras e hortaliças) pelos ACS. Esse percentual nacional foi próximo ao encontrado em um estudo transversal gaúcho de base municipal, realizado com amostra estatisticamente significativa de usuários da Atenção Básica, onde 57,9% dos usuários entrevistados mencionaram receber orientação para práticas alimentares saudáveis (LINDERMANN, OLIVEIRA, MENDOZA-SASSI, 2016).

Cabe refletir que a discussão sobre hábitos saudáveis que consideram o consumo de determinados alimentos (sal, açúcar, frutas, verduras e hortaliças) e diferentes preparos (gorduras e frituras) como positivos ou negativos para a saúde encontram críticas na literatura especializada, visto a defesa de autores como Pinheiro, Recine e Carvalho (apud ALCIDES, 2011, p. 25) para os quais a alimentação saudável “não se delinea enquanto uma ‘receita’ preconcebida e

universal para todos, pois deve respeitar alguns atributos coletivos e individuais impossíveis de serem quantificados”.

Em seu estudo, Alcides (2011) revelou que os ACS não foram qualificados sobre a alimentação saudável, utilizando como fonte de conhecimento sobre a temática, informações obtidas na internet, as experiências de seus familiares ou suas vivências alimentares. A autora não descarta a importância da abordagem do ACS sobre alimentação saudável em sua área de atuação, desde que amparados por pressupostos adequados que os tornem proativos frente à temática (ALCIDES, 2011).

A prática de atividade física foi o hábito saudável com menor percentual de orientação, de acordo com os três respondentes, alcançando um percentual de 52,9% entre os usuários. Esse dado está consonância com os achados de Santos et al (2015), em estudo com ACS de São Paulo (SP), onde metade dos profissionais aconselhavam os usuários sobre a atividade física. Esse mesmo estudo identificou que, a média de passos por dia era maior entre as ACS que orientavam os usuários a prática de atividade física, sugerindo uma relação direta entre o estilo de vida orientado (o que se fala) e a experiência do profissional que orienta (o que se faz).

No extrato por regiões, a Região Nordeste apresentou percentuais acima do nacional para todos os hábitos saudáveis analisados, de acordo com as respostas de ACS e instrutores supervisores, e a Região Sudeste apresentou percentuais abaixo do nacional para os mesmos hábitos, de acordo com a resposta dos ACS. Tais achados podem estar associados ao tempo de admissão dos ACS, conforme informações referentes ao perfil sociodemográfico e econômico da amostra de ACS entrevistados (Tabela 1). A Região Nordeste possui o maior percentual de ACS (49,5%) com mais de dez anos de tempo de admissão, já na Região Sudeste, 84,4% dos ACS têm menos de dez anos de tempo de admissão. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013, corroboram com esses achados. No período da PNS, a Região Nordeste apresentou o maior percentual (68,1%) de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em unidade de saúde da família e a Região Sudeste o menor (48,3%) percentual (MALTA et al, 2016a) e o cadastramento dos domicílios nas ESF é uma das atribuições dos ACS.

As Regiões Norte e Nordeste foram os destaques positivos e a Região Sul foi o destaque negativo quanto a orientação dos ACS para os quatro hábitos saudáveis, na resposta dos instrutores supervisores, com concordância entre suas respostas e a dos ACS de, no mínimo, 70% nas três regiões. Observou-se, considerando outros achados desse estudo, que as três regiões apresentam os maiores percentuais de supervisores com maior tempo de atuação como supervisor (acima de 40% dos supervisores têm mais de cinco anos de atuação). No entanto, mais de 50% dos supervisores da Região Sul dedicam até 10 horas da jornada de trabalho para a supervisão. Silva et al (2014, p.900) assume que a supervisão dos ACS, a despeito de poder ser desempenhada por quaisquer dos profissionais de nível superior da ESF, é, majoritariamente, realizada pelos enfermeiros e está relacionada a um “instrumento do processo de trabalho na sua dimensão relacional”, a serviço, dentre outras, da atenção de qualidade.

A Região Centro-Oeste destacou-se com o maior percentual de resultados positivos entre os usuários, frente a três dos quatro hábitos saudáveis investigados. Visto que a orientação sobre hábitos saudáveis se apresenta no escopo das ações dos ACS, no âmbito da promoção da saúde na atenção básica, dados da PNS auxiliam na discussão. Segundo a PNS, a Região Centro-Oeste possuía a maior proporção de domicílios cadastrados em unidade de saúde da família há um ano ou mais (58,3%) e que recebem visita de agente comunitário em saúde ou membro da equipe de saúde da família mensalmente (MALTA et al, 2016a), o que facilita o reconhecimento dos usuários sobre a orientação advinda desse profissional.

Diferente do sinalizado pelos ACS, segundo os usuários entrevistados, a Região Sudeste apresentou percentuais acima do valor nacional para todos os hábitos investigados, sugerindo que as orientações dos ACS sobre hábitos saudáveis podem ser mais percebidas pelos usuários nessa região, apesar de 23,8% dos domicílios da Região Sudeste, entrevistados na PNS 2013, estarem cadastrados há um ano ou mais e que nunca terem recebido a visita de um ACS ou membro da equipe de saúde da família (MALTA et al, 2016a).

De modo geral, o consumo moderado de sal e açúcar foi o hábito saudável mais orientado pelos ACS, segundo os três respondentes, o que pode estar

associado à ênfase no processo de trabalho das ESF dada aos Programas Ministeriais (PEREIRA, OLIVEIRA, 2013) e à legitimidade sobre o acompanhamento e orientação dos usuários cadastrados no Programa HIPERDIA³, como atribuição do ACS. É importante considerar o que sinaliza Alcides (2011) sobre a qualidade da orientação produzida pelos ACS. Em seu estudo, a pesquisadora identificou que os ACS costumavam associar a orientação sobre o consumo de sal e açúcar à condição clínica do usuário, assim, orientavam ao hipertenso apenas a redução do consumo de sal e ao usuário diabético apenas a redução do consumo de açúcar, sem considerar a interferência de ambos (sal e açúcar) nas condições clínicas dos usuários.

O consumo de frutas, verduras e hortaliças foi o hábito saudável orientado pelos ACS menos referido pelos usuários. A percepção está ligada à “capacidade de apreender por meio dos sentidos ou da mente” (HOUAISS, 2015, p. 721), ou seja, a percepção sobre um hábito saudável pode sinalizar sua apropriação como um novo estilo de vida. Porém, já se discutiu aqui a relação entre o desenvolvimento do nível proximal dos determinantes sociais em saúde e a mudança dos estilos de vida, bem como, a interferência de outros níveis dos DSS na adoção de hábitos saudáveis. Nesse sentido, um estudo gaúcho encontrou associação positiva entre a ampliação do consumo de frutas, verduras e legumes e maior nível socioeconômico (NEUTZLING et al, 2009). Assim, a baixa percepção dos usuários sobre o referido hábito saudável pode estar relacionada às condições socioeconômicas encontradas entre os usuários entrevistados. Durante a realização desta pesquisa, aproximadamente, 80% dos usuários possuíam renda familiar de até três salários mínimos, sendo que um quarto dos usuários no Brasil estavam desempregados à época.

Quando questionados a respeito de a quem se destinam as orientações sobre hábitos saudáveis, as análises foram realizadas para cinco públicos prioritários: todos os usuários independentemente da condição, usuários hipertensos, usuários

³ Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001), com o objetivo de vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, com ações registrados no Sistema de Informação HIPERDIA (como o plano passou a ser conhecido).

diabéticos, usuários acima do peso e usuários portadores de condições crônicas. De acordo com as respostas apresentadas pelos ACS e pelos instrutores supervisores, o maior percentual de orientação em cada um dos quatro hábitos saudáveis investigados foi para todos os usuários independentemente de sua condição. Esse achado está condizente com a recomendação do Ministério da Saúde de que as intervenções em promoção da saúde sejam direcionadas a toda a população, como forma de apoiar as mudanças do estilo de vida e serem mais efetivas na redução de doenças e dos riscos de adoecer (BRASIL, 2014b).

Porém, observou-se uma discrepância nos percentuais entre a resposta sobre a quem se destina a orientação, em relação à pergunta matriz do formulário, que versava sobre a orientação ao hábito saudável. Essa discrepância foi observada na relação entre todos os hábitos saudáveis inqueridos e todos os destinatários investigados, nas respostas de ACS e instrutores supervisores e no extrato por regiões. Hidalgo *et al* (2016) apresenta elementos que podem elucidar a questão. Para os autores existe uma dificuldade “em determinar até que ponto os profissionais de saúde estariam dispostos a admitir que não estão preparados para aconselhar seus pacientes sobre determinados tópicos” (HIDALGO et al, 2016, p. 8). A hipótese seria que os entrevistados desse estudo reconheceram que faziam a orientação, por dificuldades em admitir a não realização de uma ação que integra seu escopo principal de atuação. No entanto, ao serem inqueridos sobre o detalhamento da orientação, ou seja, a quem ela se destinava, os respondentes foram induzidos a qualificar essa abordagem, não conseguindo manter percentuais próximos, em especial para “todos os usuários”.

Mesmo com a diferença nos percentuais assinalada acima, esse estudo valoriza o fato dos maiores percentuais das orientações sobre hábitos saudáveis serem para todos os usuários independentemente de sua condição. O que sugere que os ACS realizam as orientações de forma mais ampliada na comunidade, indicando caminhos para possíveis investimentos nas ações voltadas a promoção da saúde, associando-as ao incentivo da participação comunitária e à mobilização social. Uma vez que intervenções voltadas a adoção de hábitos saudáveis,

direcionadas a toda a população, são importantes estratégias para redução dos fatores de risco para as DCNT (SILVA, COTTA, ROSA, 2013).

O consumo de frutas, verduras e hortaliças foi o hábito saudável mais orientado, segundo ACS (77,2%) e instrutores supervisores (65,4%), com percentual de confirmação de 50,5%, quando o destinatário foram todos os usuários independentemente de sua condição. É importante reconhecer o percentual positivo encontrado, visto que um estudo transversal realizado com usuários de quatro unidades básicas de saúde mineiras, identificou que em 77,5% da amostra entrevistada, o consumo de frutas e hortaliças estava inadequado, ou seja, consumo inferior a cinco porções diárias desses alimentos (OLIVEIRA et al, 2015). No entanto, não se pode perder de vista, face ao exposto anteriormente, as dificuldades dos usuários associadas ao consumo de frutas, verduras e hortaliças.

O bloco de questões ligadas ao incentivo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis, que será apresentado abaixo, são o reflexo da linha tênue entre promoção da saúde e prevenção de agravos, discutido por Czeresnia (2009). Frente a epidemia de DCNT, diversos estudos têm apresentado argumentos sobre a importância da atuação das ESF (MALFATTI, ASSUNÇÃO, 2011, TEIXEIRA et al, 2014; TOLEDO et al, 2017) e dos ACS em estratégias de prevenção das doenças crônicas, através da educação da comunidade sobre seus fatores de risco e fatores de proteção (JEET et al, 2017; KIM et al, 2016; MONTEMURRO et al, 2013) que ajudem a diminuir a evolução clínica e das demandas por serviços de maior complexidade, motivados pelos achados da epidemiologia clássica sobre a fisiopatologia das doenças e com uma forte responsabilização dos indivíduos sobre suas condições de vida e saúde, características próprias das ações de prevenção.

Estudos como o de Araújo e Assunção (2004) e Alcides (2011) relacionam as ações desenvolvidas pelos ACS, voltadas a grupos de risco, como ações de prevenção. Porém, um recente estudo de revisão bibliográfica sobre o instituído na promoção da saúde, relativizou a dualidade entre esta e a prevenção de agravos ao reconhecer a amplitude e abrangência da promoção da saúde, entendendo a possibilidade de atuação no âmbito individual em promoção da saúde, desde que

não se desconsidere as condições de saúde que determinam e são externas aos indivíduos (CARVALHO, COHEN E AKERMAN, 2017).

A mudança do estilo de vida, com a adoção de hábitos saudáveis pela sociedade, figura entre as estratégias de enfrentamento da DCNT pelo baixo custo e alta capilaridade (BARRETO et al, 2005), sendo denominados por alguns estudiosos como tratamento não medicamentoso da DCNT (LINDERMANN, OLIVEIRA, MENDOZA-SASSI, 2016). Nesse estudo, ACS e instrutores supervisores foram inqueridos sobre a orientação dos quatro hábitos saudáveis investigados para usuários com três condições crônicas pré-existentes (usuários hipertensos, usuários diabético e usuários acima do peso). A orientação sobre hábitos saudáveis a usuários hipertensos destacou-se, no conjunto de questões, para todos os hábitos saudáveis inqueridos, segundo respostas de ambos os entrevistados.

A hipertensão arterial figura entre uma das principais doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil, com forte associação entre a mesma e o consumo de sal (OLIVEIRA et al, 2015). Todavia, no Brasil, os percentuais máximos quanto a orientação sobre o consumo moderado de sal e açúcar pelos ACS foi de 38% para usuários hipertensos e 37,7% para usuários diabéticos. Considerando a orientação a partir da equipe de saúde, um estudo baseado nos resultados do 1º Ciclo do PMAQ-AB, apresentou percentuais maiores, com 74,6% das equipes de saúde referindo ofertar ações de promoção da saúde para hipertensos e 89,5% para diabéticos (MEDINA et al, 2014). O que pode sugerir que, no que tange a orientação a portadores de condições crônicas, espera-se que a mesma seja feita por profissionais de nível superior, fundamentado no modelo biomédico de entendimento da doença e de seus determinantes. Estudo sobre a frequência de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde, corroboram com essa hipótese. Segundo Toledo et al (2017), 80% dos usuários mineiros entrevistados citaram o médico como principal responsável pelo aconselhamento sobre fatores de risco para DCNT.

No apanhado por regiões, a Região Nordeste mostrou percentuais acima do nacional para todos os hábitos investigados quando destinados a usuários hipertensos, diabéticos e usuários acima do peso, segundo resposta de ACS e

instrutores supervisores. Dados semelhantes ao dessa pesquisa foram encontrados em um estudo realizado com usuários da cidade de Caxias (Maranhão), onde 53,9% dos usuários reconheceram o ACS como o profissional que mais os orienta sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (CARVALHO FILHA, NOGUEIRA, MEDINA, 2014).

Estudo de revisão integrativa, de 16 artigos sobre obesidade, promoção da saúde e APS, expressou o desafio da APS quanto a qualificação dos profissionais, com destaque para os ACS, para tratamento do tema junto aos usuários, frente ao crescente número de casos de usuários com sobrepeso e obesidade (ALMEIDA et al, 2017). O desafio foi confirmado por esse estudo, ao mostrar que, no máximo, um quarto dos ACS orientam os usuários acima do peso, sobre hábitos saudáveis.

Como forma de analisar a abrangência da orientação sobre hábitos saudáveis realizadas pelos ACS, no que se refere ao conjunto das três condições crônicas analisadas, fora construída a variável “usuário em condições crônicas”. Dados dessa pesquisa permitem afirmar que, aproximadamente, um quarto dos ACS no Brasil orientam esse conjunto de usuários sobre hábitos saudáveis. Esse dado deve ser analisado com especial atenção pois, segundo estudo realizado em Pelotas (RS), com o objetivo de determinar a prevalência sobre a percepção de dificuldades para ter uma alimentação saudável, seus fatores associados e seus motivos, entre usuários da atenção básica de saúde, identificou que usuários com três ou mais doenças crônicas apresentam 31% mais probabilidade de perceberem dificuldades na alimentação saudável, o que demanda dos profissionais de saúde abordagens que considerem suas dificuldades (LINDERMANN, OLIVEIRA, MENDOZA-SASSI, 2016).

Quando direcionada a usuários com condições crônicas, 17,5% dos ACS orientam a prática de atividade física. Em contraponto, de acordo com dados do 2º ciclo do PMAQ-AB, 96% afirmaram ofertar ações educativas e de promoção da saúde, sendo que 68,8% desenvolviam atividade física nas unidades básica de saúde e/ou território. Uma vez que no PMAQ-AB são entrevistados um profissional de nível superior e que é evidente o crescimento do número de profissionais de educação física na Atenção Básica, com a criação dos NASF e do Programa

Academia da Saúde, é possível que a orientação sobre a prática de atividade física esteja diretamente relacionada ao profissional de nível superior e não ao ACS (CARVALHO, NOGUEIRA, 2016).

O fenômeno da orientação a usuários com condições crônicas, quanto ao desenvolvimento de hábitos saudáveis, precisa ser melhor investigado, diante das respostas que não alcançam 50% dos ACS desenvolvido tais orientações. Tendo em vista o potencial já apontado em estudos anteriores de profissionais cujo foco do trabalho tem relação com a comunidade, é necessário o investimento em qualificação dos ACS sobre a abordagem dessa temática no cotidiano de suas ações.

Esse estudo entende que a confirmação das respostas pode apontar pistas quanto ao processo de trabalho das equipes, em especial, no que se refere ao processo de supervisão dos ACS. O que torna importante analisar o percentual de confirmação entre as respostas de ACS e instrutores supervisores, no que se refere à destinação das orientações dos ACS sobre hábitos saudáveis. Apesar da manutenção do padrão identificado nas respostas isoladas, com um maior percentual para a orientação a todos os usuários, seguidos dos usuários hipertensos, diabéticos, acima do peso e portadores de condições crônicas, houve uma discrepância na confirmação da orientação, com percentuais que foram de 50,5% para todos os usuários sobre o consumo de frutas, verduras e hortaliças, a 3,5% para usuários portadores de condições crônicas para o mesmo hábito saudável. Em que pese as diferentes ferramentas utilizadas para confirmação da realização de uma ação em saúde, outro estudo na literatura sobre promoção da saúde na APS (PMAQ-AB - 1º ciclo) demonstrou a existência de diferença entre a referência dos profissionais quanto a realização da ação de promoção da saúde ou prevenção de agravos e a confirmação da realização da mesma, através de prova documental (MEDINA et al, 2014).

Ante o exposto, indagações acerca da desarticulação do processo de trabalho e do baixo entrosamento entre ACS e instrutores supervisores emergem a partir dos dados, mas não foram possíveis de serem elucidadas através desse inquérito nacional, demandando novas investigações que se aprofundem sobre os sentidos

dos processos de supervisão, frente as ações de promoção da saúde. A literatura nos aponta caminhos, Silva et al (2014) ao analisar as concepções de supervisão de 18 enfermeiros da ESF, numa amostra regional de Goiânia, apresentam argumentos necessários para entender a supervisão do ACS na ESF. Seus achados mostraram duas concepções de supervisão distintas, uma mais proeminente e ligada a um caráter controlador e fiscalizatório e outra, menos frequente, voltada ao trabalho coletivo e formativo.

A supervisão da ação do ACS deveria estar ligada à qualidade da atenção oferecida e apontando para suas necessidades de educação permanente (SILVA et al, 2014), mas, segundo supervisores entrevistados em estudo com três municípios brasileiros com porte e cobertura de atenção básica diferentes, a supervisão funciona como momento de avaliação do trabalho, sobretudo através do acompanhamento das metas (FONSECA, et al, 2012). Porém, os achados provenientes da análise da confirmação quando a orientação de hábitos saudáveis realizadas pelos ACS apontam para a incipiência do processo de supervisão e para uma possível fragilidade do processo de trabalho das ESF.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo apresentou como objetivo analisar as orientações realizadas pelos agentes comunitários de saúde de incentivo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis, delineando um importante panorama no Brasil e por regiões para os quatro hábitos saudáveis investigados, dado que os ACS são os profissionais em maior número das ESF, com maior aproximação como os usuários para os quais são referência. Os achados desse estudo e da literatura convergem quanto à importância da atuação do ACS na orientação dos usuários sobre a adoção de hábitos saudáveis como uma ação de promoção da saúde. Entende-se que a orientação sobre hábitos saudáveis, aponta para a redistribuição do conhecimento entre usuários e ACS, na busca pela construção de autonomia dos sujeitos. Contudo, diferente do que normatiza a PNAB (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017), o desenvolvimento de ações de promoção da saúde não cabe, exclusivamente ao ACS, visto que sua totalidade demanda atuações no campo da relação entre usuários, ACS, outros profissionais da saúde, outros espaços de participação comunitária e de mobilização política.

Tendo em vista que esse estudo não analisou os conteúdos abordados durante as orientações e as formas como os temas relacionados ao incentivo ao desenvolvimento de hábitos saudáveis são abordados pelos ACS no Brasil, considera-se que novas investigações são necessárias com o objetivo de analisar o conteúdo das orientações, os métodos de abordagem utilizados pelos ACS, os mecanismos de educação permanente ofertados a esses profissionais para sua qualificação profissional, bem como, corroborando com outros estudos (KIM, 2016; JEET, 2017) a respeito da temática, para comprovar a efetividade de tal ação frente aos objetivos de promoção da saúde, às quais se propõem.

Ao longo do estudo, emergiram necessidades de investimento na atuação dos ACS que contribuam para a efetividade de suas ações de orientação aos usuários, a exemplo da formação do ACS para a orientação sobre hábitos saudáveis que ofertem ferramentas pedagógicas voltadas a ampliação da percepção dos usuários

sobre as orientações e da construção de processo de supervisão voltados ao “fazer e construir conhecimento conjuntamente”. Mesmo não sendo objeto desse estudo, outro aspecto basilar para o sucesso de uma ação de promoção da saúde é a retomada da aproximação com o território, por parte dos ACS e das ESF.

Contudo, as recentes alterações na legislação referente a atuação do ACS e na PNAB (BRASIL, 2017) apontam para um caminho inverso aos construtos que visam a promoção da saúde como contribuinte da reorientação do modelo de atenção, voltado à qualidade de vida de sujeitos e comunidades. No campo das mudanças da PNAB está a possibilidade de financiamento de equipes de atenção básica tradicionais e a indefinição sobre o número mínimo de ACS por equipes de saúde (BRASIL, 2017). Tais mudanças podem alterar a lógica da organização da Atenção Básica no país, uma vez que fragiliza a Estratégia Saúde da Família (única financiada até então) ao financiar equipes de Atenção Básica onde, por sua vez, a inserção do ACS não é obrigatória. Ou seja, o elemento histórico de aproximação entre o território e as ações de saúde passa a não ser mais obrigatório nesse modelo de organização.

Outra alteração advinda da PNAB 2017 foi a mudança no processo de trabalho das equipes que possibilita aos usuários serem acompanhados pelas ESF que estão em outros territórios de sua convivência (a exemplo de uma unidade próxima ao local de trabalho do usuário), desde que haja pactuação entre gestão e equipe (BRASIL, 2017). Apesar do possível avanço quanto a ampliação do acesso dos usuários a serviços de saúde, essa mudança pode fragilizar a compreensão sobre os territórios adscritos às equipes de saúde e sobre a análise das condições de vida dos usuários, além da vinculação com os ACS.

Alterações recentes no arcabouço normativo da atuação dos agentes comunitários de saúde, com a Lei nº 13.595, de 05 de janeiro de 2018, publicada no Diário Oficial da União de 18 de abril de 2018, revelam, ainda mais, aspectos recentes das mudanças no modelo de atenção que se pretende para a Atenção Primária à Saúde no Brasil. A nova lei regulamenta novas atribuições constantes na PNAB 2017, possibilitando aos ACS, com qualificação para tal, aferir pressão arterial e temperatura axilar, medir glicemia capilar, realizar técnicas limpas de curativo,

orientar e apoiar sobre administração de medicação, durante a visita domiciliar. Para oferta da qualificação dos ACS, ao custo de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais por ACS), foi criado o Programa de Formação Técnica dos Agentes de Saúde (PROFAGS), que versa sobre a formação técnica em enfermagem para ACS.

Vê-se a premente demanda por formação do ACS, em aspectos que o aproxime da compreensão e formulação de estratégias de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde das populações. Entretanto, a proposta difundida com o PROFAGS (e outras alterações recentes nas normativas) é de afastamento desse profissional do território e de fortalecimento da inserção do mesmo em ações de saúde, pautadas pelo modelo biomédico e hegemônico, com a qualificação dos ACS para ações voltadas para o desenvolvimento de funções de triagens e curativas no ambiente domiciliar, em detrimento da formação para funções educativas e de qualificação da comunidade.

Por fim, concordamos com a reflexão de Carvalho e Nogueira (2016), a opção por outros modos de “andar a vida” ou por modos de vida saudável não deve ser compreendida como uma decisão individual simples, mas deve estar alinhada a uma complexa engenharia onde os modos de produção social estão intimamente relacionados e são predominantemente determinantes.

REFERÊNCIAS

ALCIDES, E. C. A. **Promoção das práticas alimentares enquanto ação de Agentes Comunitários de Saúde em bairro da cidade de Salvador, Bahia.** Emília Carla de Almeida Alcides – Salvador: 2011. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Nutrição) – Escola de Nutrição. Universidade Federal da Bahia.

ALMA-ATA. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978. Disponível em <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 20 de março de 2017.

ALMEIDA et al. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Rev. Gestão & Saúde** (Brasília) Vol. 08, n. 01, p 114-139, Jan 2017.

ALMEIDA, P. F., GIOVANELLA, L., NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em debate.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul/set 2012.

AQUINO, R. et al. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, J. S., ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática.** Rio de Janeiro: MedBook, 2014, cap. 25, p. 353-371.

ARAÚJO, M. R. N., ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Rev Bras Enferm,** Brasília; 57(1):19-25, jan/fev 2004.

BÓGUS, C. M. A promoção da saúde como referencial para a formulação e desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde** nº 34 – Dezembro, 2004, p. 16-17.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** 2008. 220p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - Datasus. **Tabnet - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.** Jan, 2018. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>>. Acesso em 29 abril 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica: PNAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição: PNAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica: PNAB – Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de assuntos jurídicos. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10507.htm>. Acesso em 22 de abril de 2018.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de assuntos jurídicos. **Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em 22 de abril de 2018.

BARRETO, S. M. et al. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde - Relatório do Grupo Técnico Assessor do Ministério da Saúde para Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 14(1): 41 – 68, 2005.

BREILH, J. Las três 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R. P. (org.) **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 87-125.

BURLANDY, L. et al. Políticas de promoção da saúde e potenciais conflitos de interesses que envolvem o setor privado comercial. **Cienc & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 (6): 1809-1818, Jun 2016

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BUSS, P. M., CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6):2305-2316, 2009.

BUSS, P. M., PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007, 17 (1): 77-93.

CARVALHO, F. F. B., COHEN, S. C., AKERMAN, M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. **Saúde Debate**: Rio de Janeiro, v. 41, N. Especial 3, p. 265-276, Set 2017.

CARVALHO, F. F. B., NOGUEIRA, J. A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Cienc & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 (6): 1829-1838, Jun 2016.

CARVALHO FILHA, F. S. S., NOGUEIRA, L. T., MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate [online]**, vol.38, n.spe, pp.265-278, 2014.

CINCURÁ, R.N. S. **Promoção da saúde na atenção primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil** / Rosana Nogueira Santana Cincurá. -- Salvador: 2014. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

CORREIA, M. V. C., MEDEIROS, S. M. A. As bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária Brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. In: VASCONCELOS, K. E. L., COSTA, M. D. H. (orgs) **Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2014, p. 111-158.

COZER, T.B., MIOTTO, M. H. M.B., PANDOLFI, M. Perfil do agente comunitário de saúde de Colatina, Espírito Santo. **UFES Rev Odontol**, 10(3):31-36, 2008.

CZERESNIA, D. O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DOWBOR, T. P., WESTPHAL, M. F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, 47(4): 781-90, 2013.

FONSECA, A. F. et al. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente Comunitário de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; 21(3): 519-27, Jul-Set 2012.

FIGUEIREDO, G. L. A. et al. Recomendações e intenções das conferências internacionais para se pensar a Promoção da Saúde. In: FIGUEIREDO, G. L. A., MARTINS, C. H. G. **Políticas, tecnologias e práticas em promoção da saúde**. Franca: Unifran; São Paulo: Hucitec, 2016.

FRACOLLI, L. A., ALMEIDA, E. Z. Teoria e prática da promoção da saúde: as concepções dos agentes comunitários de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. 35(2):137-144, 2011.

FRACOLLI, L. A., et al. Avaliação das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo; 37(4):411-418, 2013.

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, cap. 16, p. 493-545.

HIDALGO, K. D. et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health Professionals. **BMC Public Health**, 2016 16:1114. DOI 10.1186/s12889-016-3778-2

HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS Med**, 14(5):e1002306, 2017. Disponível em <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>>. Acesso em 21 abr 2018.

HOUAISS, A. **Pequeno dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 1. Ed. São Paulo: Moderna, 2015.

JARDIM, T. A., LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.123-35, jan/mar 2009.

JEET, G., et al. Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications. **PLoS ONE**, jul 2017, 12(7): e0180640. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5509237/pdf/pone.0180640.pdf>>. Acesso em 11 de março de 2018.

KIM, K. et al. Effects of Community-Based Health Worker Interventions to Improve Chronic Disease Management and Care Among Vulnerable Populations: A Systematic Review. **AJPH Research**, Vol 106, No. 4, abr 2016.

LEVCOVITZ, L., GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996, p. 05-09.

LINDERMANN, I. L., OLIVEIRA, R. R., MENDOZA-SASSI, R. A. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(2):599-610, 2016.

MAHER, D., COMETTO, G. Research on community-based health workers is needed to achieve the sustainable development goals. **Bull World Health Organ**, 94 (11): 786-786, nov 2016.

MALFATTI, C. R. M., ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1383-1388, 2011.

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

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6): 1683-1694, 2016b.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**: Rio de Janeiro, v. 38, N. Especial, p. 69-82, Out 2014.

MONTEMURRO, G. R. et al. Exploring the process of capacity-building among community-based health promotion workers in Alberta, Canada. **Health Promotion International**, Vol. 29 No. 3, Fev 2013. Disponível em <<https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/29/3/463/760564>>. Acesso em 28 Mar 2018.

MOROSINI, M. V., CORBO, A. D., GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 287-310, Jul 2007.

NEUTZLING, M. B., et al. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(11):2365-2374, nov 2009.

- NOGUEIRA, R. P. Repensando a determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. (org.) **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 7-12.
- NUNES, C.A. et al. Relatório Final – Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2016, 400p., s.n.t.
- NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6):1639-1646, nov-dez 2002.
- OLIVEIRA, M. M. et al. Self-reported high salt intake in adults: data from the National Health Survey, Brazil, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(2): abr-jun 2015.
- OLIVEIRA, M. S. et al. Consumo de frutas e hortaliças e as condições de saúde de homens e mulheres atendidos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(8):2313-2322, 2015.
- OTTAWA. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. 1986. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em 20 de março de 2017.
- PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuições para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PAZ E ALBUQUERQUE, T. I., FRANCO DE SÁ, R. M. P., ARAÚJO JR., J. L. A. C. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6): 1695-1706, Jun 2016.
- PELLEGRINI FILHO, A., BUSS, P. M., ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: PAIM, J.S. e ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p.305-326.
- PEREIRA, I. C., OLIVEIRA, M. A. C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 66(3): 412-9, mai-jun, 2013.
- PINTO, R. M., SILVA, S. B., SORIANO, R. Trabalhadores de saúde comunitária no sistema único de saúde do Brasil: um quadro de sua práxis e contribuições para comportamentos de saúde do paciente. **Soc Sci Med**, 74(6): 940-947, Mar 2012.
- RABELLO, L. S. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ROCHA, D., AKERMAN, M. Determinação social da saúde e Promoção da saúde: Isto faz algum sentido para a estratégia de saúde da família? Em que sentido podemos seguir? In: SOUZA, M. F., FRANCO, M. S., MENDONÇA, A. V. M. (orgs) **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Campinas-SP: Saberes Editora, 2014, p. 720-754.

ROCHA, P. R., DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 49(1): 129-135, 2015.

ROSA, W. A.G., LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, 13(6):1027-34, nov-dez, 2005.

SANTOS, T. I. et al. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em agentes comunitários de saúde. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, Pelotas/RS, 20(2):165-173, Mar/2015.

SILVA, J. S. et al. Supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família: a ótica dos enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm USP**, 48 (5): 899-906, 2014.

SILVA, L. S., COTTA, R. M. M., ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**; 34(5):343–50, 2013.

SOUZA, M. F. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUZA, M. F., FRANCO, M. S., MENDONÇA, A. V. M. (orgs) **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Campinas-SP: Saberes Editora, 2014, p. 40-76.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C. F., SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006, p. 59-83.

TEIXEIRA, C. F., VILASBÔAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. In: PAIM, J.S. e ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 2014. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p.287-301.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, N. Especial, p. 52-68, out 2014.

TOLEDO, M. T. T., et al. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo;41(1):87-97, 2017.

VASCONCELOS, K. E. L., SCHMALLER, V. O. V. Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: VASCONCELOS, K. E. L., COSTA, M. D. H. (orgs) **Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2014, p. 47 – 110.

ZULU, J. M. et al. Integrating national community-based health worker programmes into health systems: a systematic review identifying lessons learned from low-and middle-income countries. **BMC Public Health**, 14:987, 2014. Disponível em <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-14-987>. Acesso em 04 Fev 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Distribuição dos ACS entrevistados, segundo perfil sociodemográfico e econômico, Brasil e regiões do país. 2014-2015 (tabela completa).

Variável	Brasil		Regiões									
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total de ACS	1.526	100	199	13,0	535	35,1	448	29,4	219	14,3	125	8,2
Sexo												
Feminino	1.270	83,2	169	84,9	409	76,5	384	85,7	201	91,8	107	85,6
Masculino	256	16,8	30	15,1	126	23,5	64	14,3	18	8,2	18	14,4
Raça / Cor autodeclarada												
Branca	507	33,2	24	12,1	109	20,4	198	44,2	146	66,7	30	24,0
Preta	182	11,9	31	15,6	63	11,8	51	11,4	16	7,3	21	16,8
Parda	805	52,8	136	68,3	354	66,2	192	42,9	52	23,7	71	56,8
Não sabe / não respondeu	10	0,7	2	1,0	0	0,0	3	0,7	4	1,8	1	0,8
Faixa etária												
Até 18 anos	5	0,3	0	0,0	1	0,2	3	0,7	1	0,5	0	0,0
19-30 anos	288	18,9	37	18,6	45	8,4	134	29,9	43	19,6	29	23,2
31-50 anos	1.023	67,1	141	70,9	413	77,2	254	56,7	134	61,2	81	64,8
51-60 anos	208	13,6	21	10,5	76	14,2	57	12,7	39	17,8	15	12,0
mais de 66 anos	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,9	0	0,0
Religiosidade												
Sim, qual?	1.403	91,9	187	94,0	492	92,0	410	91,5	199	90,9	115	92,0
Católico	871	57,1	94	47,2	350	65,4	240	53,6	124	56,6	63	50,4
Evangélico	451	29,6	85	42,7	129	24,1	134	29,9	57	26,0	46	36,8
Protestante	11	0,7	3	1,5	2	0,4	6	1,3	0	0,0	0	0,0

Variável	Brasil		Regiões									
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Candomblé	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,8
Espírita	38	2,5	3	1,5	2	0,4	19	4,2	10	4,6	4	3,2
Espiritualista	4	0,3	0	0,0	1	0,2	2	0,5	1	0,5	0	0,0
Escolaridade												
Fundamental incompleto	16	1,1	0	0,0	9	1,7	4	0,5	1	1,6	2	1,6
Fundamental completo	140	9,2	9	4,5	57	10,7	37	8,3	32	14,6	5	4,0
Ensino médio completo	1.083	71,0	143	71,9	362	67,7	323	72,1	163	74,4	92	73,6
Superior em curso	93	6,1	17	8,5	25	4,7	37	8,3	8	3,7	6	4,8
Superior completo	194	12,7	30	15,1	82	15,3	47	10,5	15	6,9	20	16,0
Situação conjugal												
Casado(a) ou possui companheiro (a)	1.053	69,0	136	68,3	394	73,6	277	61,8	166	75,8	80	64,0
Solteiro (a)	322	21,1	44	22,1	98	18,3	121	27,0	29	13,2	30	24,0
Separado(a) ou divorciado(a)	128	8,4	14	7,1	38	7,1	41	9,2	22	10,1	13	10,4
Viúvo(a)	23	1,5	5	2,5	5	0,9	9	2,0	2	0,9	2	1,6
Possui filhos												
Sim, quantos?	1.249	81,9	167	83,9	456	85,2	331	73,9	191	87,2	104	83,2
Um único filho	375	24,6	38	19,1	111	20,8	132	29,5	65	29,7	29	23,2
Mais de um filho	874	57,3	129	64,8	345	64,5	199	44,4	126	57,5	75	60,0
Considerado chefe da casa ou principal responsável												
O ACS	487	31,9	71	35,7	198	37,0	113	25,2	59	26,9	46	36,8
Cônjuge ou companheiro (a)	253	16,6	28	14,1	82	15,3	70	15,6	49	22,4	24	19,2
ACS e cônjuge ou companheiro (a), igualmente	581	38,1	73	36,7	197	36,8	167	37,3	101	46,1	43	34,4
Pai ou mãe do ACS	165	10,8	19	9,6	46	8,6	85	19,0	8	3,7	7	5,6

Variável	Brasil		Regiões									
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Outros arranjos	40	2,6	8	4,0	12	2,2	13	2,9	2	0,9	5	4,0
Mora na área de atuação												
Sim	1.255	82,2	152	76,4	452	84,5	358	79,9	194	88,6	99	79,2
Não	271	17,8	47	23,6	83	15,5	90	20,1	25	11,4	26	20,8
Localização da Unidade												
Zona Rural	320	21,0	8	4,0	220	41,1	72	16,1	12	5,5	8	6,4
Zona Urbana	1.206	79,0	191	96,0	315	58,9	376	83,9	207	94,5	117	93,6
Deslocamento para o trabalho												
A pé	978	64,1	113	56,8	338	63,2	293	65,4	156	71,2	78	62,4
Transporte particular	429	28,1	70	35,2	163	30,5	110	24,6	45	20,6	41	32,8
Transporte público	119	7,8	16	8,0	34	6,4	45	10,0	18	8,2	6	4,8
Tempo de admissão como ACS												
Até 1 ano	182	11,9	20	10,1	19	3,6	108	24,1	33	15,1	2	1,6
2-5 anos	469	30,7	61	30,7	108	20,2	185	41,3	78	35,6	37	29,6
6-10 anos	400	26,2	61	30,7	143	26,7	85	19,0	65	29,7	46	36,8
11-15 anos	309	20,3	32	16,1	145	27,1	64	14,3	39	17,8	29	23,2
16 anos ou mais	166	10,9	25	12,6	120	22,4	6	1,3	4	1,8	11	8,8

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.

APÊNDICE B - Distribuição dos instrutores supervisores entrevistados, segundo perfil sociodemográfico e características da atuação como supervisor, Brasil e regiões do país. 2014-2015 (tabela completa).

Variável	Brasil		Regiões									
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total de INSTRUTOR/SUPERVISOR	303	100	36	11,9	107	35,3	85	28,1	48	15,8	27	8,9
Sexo												
Feminino	270	89,1	30	83,3	92	86,0	82	96,5	40	83,3	26	96,3
Masculino	33	10,9	6	16,7	15	14,0	3	3,5	8	16,7	1	3,7
Profissão												
Enfermeiro(a)	301	99,3	36	100	106	99,1	85	100	48	100	26	96,3
Médico (a)	2	0,7	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	3,7
Faixa etária												
19-30 anos	97	32,0	10	27,8	34	31,8	30	35,3	12	25,0	11	40,7
31-50 anos	174	57,4	22	61,1	59	55,1	48	56,5	33	68,8	12	44,4
51-60 anos	30	9,9	3	8,3	13	12,2	7	8,2	3	6,3	4	14,8
mais de 66 anos	2	0,7	1	2,8	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mora no município												
Sim	229	75,6	35	97,2	78	72,9	68	80,0	28	58,3	20	74,1
Não	74	24,4	1	2,8	29	27,1	17	20,0	20	41,7	7	25,9
Tempo de atuação como supervisor												
Até 24 meses	102	33,7	9	25,0	41	38,3	31	36,5	9	18,8	12	44,4
De 25 a 60 meses	85	28,1	10	27,8	23	21,5	30	35,3	14	29,2	8	29,6
De 61 a 120 meses	78	25,7	10	27,8	29	27,1	17	20,0	16	33,3	6	22,2
De 121 a 180 meses	25	8,3	5	13,9	8	7,5	5	5,9	6	12,5	1	3,7

Variável	Brasil		Regiões									
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acima de 181 meses	13	4,3	2	5,6	6	5,6	2	2,4	3	6,3	0	0,0
Horas de atuação como supervisor												
Até 10 horas	105	34,7	13	36,1	34	31,8	21	24,7	27	56,3	10	37,0
De 11 a 20 horas	36	11,9	9	25,0	14	13,1	7	8,2	2	4,2	4	14,8
De 21 a 30 horas	24	7,9	2	5,6	16	15,0	5	5,9	0	0,0	1	3,7
de 31 a 40 horas	135	44,6	11	30,6	43	40,2	51	60,0	18	37,5	12	44,4
acima de 41 horas	3	1,0	1	2,8	0	0,0	1	1,2	1	2,1	0	0,0
Recebeu capacitação p/ ser supervisor												
Sim	136	44,9	18	50,0	45	42,1	42	49,4	18	37,5	13	48,2
Não	167	55,1	18	50,0	62	57,9	43	50,6	30	62,5	14	51,9
Outra função além da supervisão do ACS												
Sim	261	86,1	36	100	93	86,9	66	77,7	42	87,5	24	88,9
Secretaria de saúde	63	20,8	10	27,8	28	26,2	10	11,8	7	14,6	8	29,6
Atendimento ambulatorial	213	70,3	33	91,7	66	61,7	57	67,1	36	75,0	21	77,8
Atendimento hospitalar	47	15,5	13	36,1	29	27,1	3	3,5	0	0,0	2	7,4
Ações na comunidade	242	79,9	34	94,4	85	79,4	59	69,4	42	87,5	22	81,5

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.

APÊNDICE C - Distribuição dos usuários entrevistados, segundo perfil sociodemográfico e econômico, Brasil e regiões do país. 2014-2015 (tabela completa).

Variável	Brasil		Regiões									
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total de USUÁRIOS	1.814	100	216	11,9	641	35,3	509	28,1	286	15,8	162	8,9
Sexo												
Feminino	1.477	81,4	177	81,9	535	83,5	298	78,2	235	81,2	132	81,5
Masculino	337	18,6	39	18,1	106	16,5	111	21,8	51	17,8	30	18,5
Faixa etária												
Até 18 anos	19	1,1	3	1,4	7	1,1	4	0,8	4	1,4	1	0,6
19-30 anos	309	17,0	40	18,5	145	22,6	57	11,2	37	12,9	30	18,5
31-50 anos	669	36,9	98	45,4	231	36,0	176	34,6	100	25,0	64	39,5
51-60 anos	529	29,2	51	23,6	158	24,7	175	34,4	95	33,2	50	30,9
mais de 66 anos	288	15,9	24	11,1	100	15,6	97	19,1	50	17,5	17	10,5
Religiosidade												
Católico	1.125	62,0	111	51,4	435	67,9	306	60,1	183	64,0	90	55,6
Evangélico	491	27,1	83	38,4	140	21,8	139	27,3	70	24,5	59	36,4
Protestante	13	0,7	2	0,9	6	0,9	3	0,6	0	0,0	2	1,2
Candomblé	5	0,3	0	0,0	1	0,2	4	0,8	0	0,0	0	0,0
Espírita	28	1,5	3	1,4	2	0,3	16	3,1	6	2,1	1	0,6
Espiritualista	3	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,4	1	0,4	0	0,0
Escolaridade												
Fundamental incompleto	598	33,0	66	30,6	190	29,6	186	36,5	121	42,3	35	21,6
Fundamental completo	391	21,6	41	19,0	130	20,3	108	21,2	65	22,7	47	29,0

Variável	Brasil		Regiões									
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ensino médio completo	446	24,6	76	35,2	124	19,3	128	25,2	70	24,5	48	29,6
Superior completo	84	4,6	14	6,5	27	4,2	20	3,9	12	4,2	11	6,8
Não sabe ler ou só assina	295	16,3	19	8,8	170	26,5	67	13,2	18	6,3	21	13,0
Situação de trabalho												
Servidor público	72	4,0	15	6,9	29	4,5	12	2,4	7	2,5	9	5,6
Empregado assalariado com ou sem CT	217	12,0	23	10,7	58	9,1	60	11,8	46	16,1	30	18,5
Empregado familiar não remunerado	233	12,3	45	20,8	80	12,5	68	13,4	23	8,0	7	4,3
Conta própria com ou sem estabelecimento	318	17,5	42	19,4	133	20,8	76	14,9	36	12,6	31	19,1
Empregador	5	0,3	1	0,5	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2	1,2
Desempregado	487	26,9	46	21,3	209	32,6	100	19,7	74	25,9	58	35,8
Aposentado e/ou pensionista	450	24,8	36	16,7	128	20,0	172	33,8	91	31,8	23	14,2
Afastado (recebe auxílio do INSS)	42	2,3	8	3,7	3	0,5	20	3,9	9	3,2	2	1,2
Renda Familiar												
Até 1 SM	365	20,1	63	29,2	145	22,6	119	23,4	22	7,7	16	9,9
1 até 3 SM	1.061	58,5	107	49,5	407	63,5	258	50,7	196	68,5	93	57,4
Acima de 3 até 6 SM	167	9,2	20	9,3	31	4,8	49	9,6	35	12,2	32	19,8
Acima de 6 até 10 SM	34	1,9	1	0,5	9	1,4	10	2,0	12	4,2	2	1,2
Acima de 10 SM	7	0,4	3	1,4	1	0,2	0	0,0	2	0,7	1	0,6
Não sabe/recusou responder	180	9,9	22	10,2	48	7,5	73	14,3	19	6,7	18	11,1

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.

APÊNDICE D - Proporção de hábitos saudáveis orientados pelos ACS, Brasil e regiões do país, 2014-2015 (tabela completa).

Variável	Brasil		Regiões										p-valor
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Total de ACS	1.526	100	199	13,0	535	35,1	448	29,4	219	14,3	125	8,2	
Orienta consumo moderado de sal e açúcar	1.468	96,2	192	96,5	517	96,6	424	94,6	211	96,4	124	99,2	0,172
Todos os usuários	1.029	67,4	127	63,8	379	70,8	307	68,5	132	60,3	84	67,2	0,052
Usuário hipertenso	580	38,0	62	31,2	258	48,2	115	25,7	77	35,2	68	54,4	0,000
Usuário diabético	575	37,7	61	30,7	258	48,2	115	25,7	76	34,7	65	52,0	0,000
Usuário acima do peso	398	26,1	34	17,1	190	35,5	79	17,6	42	19,2	53	42,4	0,000
Usuário em condições crônicas	386	25,3	32	16,1	186	34,8	77	17,2	40	18,3	51	40,8	0,000
Orienta redução do consumo de gorduras e frituras	1.410	92,4	182	91,5	500	93,5	408	91,1	201	91,8	119	95,2	0,442
Todos os usuários	1.049	68,7	139	69,9	380	71,0	320	71,4	129	58,9	81	64,8	0,008
Usuário hipertenso	484	31,7	43	21,6	227	42,4	85	19,0	69	31,5	60	48,0	0,000
Usuário diabético	469	30,7	41	20,6	219	40,9	84	18,8	67	30,6	58	46,4	0,000
Usuário acima do peso	386	25,3	24	12,1	197	36,8	64	14,3	47	21,5	54	43,2	0,000
Usuário em condições crônicas	370	24,3	24	12,1	187	35,0	61	13,6	44	20,1	54	43,2	0,000
Orienta consumo de frutas, verduras e hortaliças	1.398	91,6	182	91,5	502	93,8	397	88,6	201	91,8	116	92,8	0,063
Todos os usuários	1.178	77,2	159	79,9	423	79,1	352	78,6	157	71,7	87	69,6	0,037
Usuário hipertenso	333	21,8	20	10,1	180	33,6	39	8,7	43	19,6	51	40,8	0,000
Usuário diabético	329	21,6	19	9,6	178	33,3	39	8,7	42	19,2	51	40,8	0,000
Usuário acima do peso	286	18,7	15	7,5	157	29,4	33	7,4	34	15,5	47	37,6	0,000
Usuário em condições crônicas	268	17,6	14	7,0	150	28,0	29	6,5	32	14,6	43	34,4	0,000
Orienta prática de atividade física	1.395	91,4	186	93,5	493	92,2	408	91,1	196	89,5	112	89,6	0,549
Todos os usuários	979	64,2	134	67,3	305	57,0	332	74,1	136	62,1	72	57,6	0,000

Variável	Brasil		Regiões										
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		p-valor
Usuário hipertenso	369	24,2	48	24,1	169	31,6	65	14,5	53	24,2	34	27,2	0,000
Usuário diabético	350	22,9	46	23,1	160	29,9	60	13,4	50	22,8	34	27,2	0,000
Usuário acima do peso	322	21,1	35	17,6	152	28,4	61	13,6	43	19,6	31	24,8	0,000
Usuário em condições crônicas	265	17,4	30	15,1	129	24,1	46	10,3	35	16,0	25	20,0	0,000

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.

APÊNDICE E - Proporção de hábitos saudáveis orientados pelos ACS, segundo a resposta dos instrutores supervisores, Brasil e regiões do país, 2014-2015 (tabela completa).

Variável	Brasil		Regiões										p-valor
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Total de SUPERVISORES	303	100	36	11,9	107	35,3	85	28,1	48	15,8	27	8,9	
Orienta consumo moderado de sal e açúcar	284	93,7	35	97,2	102	95,3	79	92,9	44	91,7	24	88,9	0,605
Todos os usuários	150	49,5	16	44,4	43	40,2	57	67,1	20	41,7	14	51,9	0,003
Usuário hipertenso	131	43,2	19	52,8	56	52,3	22	25,9	24	50,0	10	37,0	0,002
Usuário diabético	124	40,9	18	50,0	53	49,5	21	24,7	23	47,9	9	33,3	0,004
Usuário acima do peso	76	25,1	9	25,0	37	34,6	13	15,3	13	27,1	4	14,8	0,026
Usuário em condições crônicas	74	24,4	9	25,0	36	33,6	12	14,1	13	27,1	4	14,8	0,023
Orienta redução do consumo de gorduras e frituras	262	86,5	32	88,9	93	86,9	75	88,2	39	81,3	23	85,2	0,812
Todos os usuários	143	47,2	17	47,2	44	41,1	47	55,3	20	41,7	15	55,6	0,271
Usuário hipertenso	115	38,0	15	41,7	47	43,9	26	30,6	19	39,6	8	29,6	0,327
Usuário diabético	112	37,0	15	41,7	46	43,0	25	29,4	19	39,6	7	25,9	0,227
Usuário acima do peso	91	30,0	8	22,2	41	38,3	19	22,4	17	35,4	6	22,2	0,079
Usuário em condições crônicas	86	28,4	8	22,2	39	36,5	17	20,0	17	35,4	5	18,5	0,050
Orienta consumo de frutas, verduras e hortaliças	261	86,1	32	88,9	94	87,9	71	83,5	39	81,3	25	92,6	0,578
Todos os usuários	198	65,4	28	77,8	65	60,8	57	67,1	29	60,4	19	70,4	0,357
Usuário hipertenso	61	20,1	4	11,1	29	27,1	14	16,5	10	20,8	4	14,8	0,181
Usuário diabético	61	20,1	4	11,1	29	27,1	14	16,5	10	20,8	4	14,8	0,181
Usuário acima do peso	47	15,5	2	5,6	24	22,4	10	11,8	7	14,6	4	14,8	0,108
Usuário em condições crônicas	46	15,2	2	5,6	24	22,4	10	11,8	7	14,6	3	11,1	0,088
Orienta prática de atividade física	271	89,4	33	91,7	97	90,7	81	95,3	41	85,4	19	70,4	0,005
Todos os usuários	191	63,0	28	77,8	50	46,7	64	75,3	33	68,8	16	59,3	0,000

Variável	Brasil		Regiões										p-valor
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Usuário hipertenso	75	24,8	5	13,9	43	40,2	17	20,0	7	14,6	3	11,1	0,000
Usuário diabético	72	23,8	4	11,1	41	38,3	17	20,0	7	14,6	3	11,1	0,000
Usuário acima do peso	70	23,1	3	8,3	41	38,3	16	18,8	7	14,6	3	11,1	0,000
Usuário em condições crônicas	65	21,5	2	5,6	37	34,6	16	18,8	7	14,6	3	11,1	0,001

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.

APÊNDICE F - Proporção de hábitos saudáveis orientados pelos ACS, segundo a resposta dos usuários, Brasil e regiões do país, 2014-2015 (tabela completa).

Variável	Brasil		Regiões										p-valor
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Total de USUÁRIOS	1.814	100	216	11,9	641	35,3	509	28,1	286	15,8	162	8,9	
Orienta consumo moderado de sal e açúcar	1.024	56,5	108	50,0	372	58,0	295	58,0	150	52,5	99	61,1	0,089
Orienta redução do consumo de gorduras e frituras	978	53,9	102	47,2	360	56,2	287	56,4	134	46,9	95	58,6	0,009
Orienta consumo de frutas, verduras e hortaliças	949	52,3	105	48,6	326	50,9	274	53,8	146	51,1	98	60,5	0,151
Orienta prática de atividade física	960	52,9	109	50,5	333	52,0	282	55,4	147	51,4	89	54,9	0,635

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.

APÊNDICE G - Proporção de confirmação de respostas por hábitos saudáveis orientados pelos ACS, Brasil e regiões do país, 2014-2015 (tabela completa).

Variável	Brasil		Regiões										p-valor
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Concorda sobre orientação do consumo moderado de sal e açúcar	1.366	89,5	185	93,0	490	91,6	394	88,0	187	85,4	110	88	0,034
Todos os usuários	522	34,2	56	28,1	156	29,2	211	47,1	62	28,3	37	29,6	0,000
Usuário hipertenso	282	18,5	39	19,6	146	27,3	33	7,4	37	16,9	27	21,6	0,000
Usuário diabético	263	17,2	36	18,1	137	25,6	33	7,4	35	16,0	22	17,2	0,000
Usuário acima do peso	131	8,6	15	7,5	81	15,1	15	3,4	12	5,5	8	6,4	0,000
Usuário em condições crônicas	127	8,3	15	7,5	77	14,4	15	3,4	12	5,5	8	6,4	0,000
Concorda sobre orientação da redução do consumo de gorduras e frituras	1.218	79,8	159	79,9	437	81,7	360	80,4	164	74,9	98	78,4	0,320
Todos os usuários	517	33,9	63	31,7	150	28,0	194	43,3	66	30,1	44	35,2	0,000
Usuário hipertenso	203	13,3	23	11,6	107	20,0	26	5,8	31	14,2	16	12,8	0,000
Usuário diabético	196	12,8	22	11,1	105	19,2	25	5,6	31	14,2	13	10,4	0,000
Usuário acima do peso	134	8,8	6	3,0	84	15,7	16	3,6	17	7,8	11	8,8	0,000
Usuário em condições crônicas	124	8,1	6	3,0	79	14,8	13	2,9	17	7,8	9	7,2	0,000
Concorda sobre a orientação do consumo de frutas, verduras e hortaliças	1.206	79,0	159	79,9	448	83,7	332	74,1	160	73,1	107	85,6	0,000
Todos os usuários	771	50,5	124	62,1	248	46,4	242	54,0	97	44,3	60	48	0,000
Usuário hipertenso	77	5,1	3	1,5	61	11,4	3	0,7	7	3,2	3	2,4	0,000
Usuário diabético	78	5,1	3	1,5	61	11,4	4	0,9	7	3,2	3	2,4	0,000
Usuário acima do peso	57	3,7	1	0,5	50	9,4	0	0,0	3	1,4	3	2,4	0,000
Usuário em condições crônicas	53	3,5	1	0,5	48	9,0	0	0,0	3	1,4	1	0,8	0,000
Concorda sobre a orientação prática de atividade física	1.267	83,0	169	84,9	453	84,7	397	88,6	165	75,3	83	66,4	0,000
Todos os usuários	649	42,53	98	49,25	141	26,36	264	58,93	96	43,84	50	40	0,000
Usuário hipertenso	110	7,21	6	3,02	79	14,77	17	3,79	8	3,65	0	0	0,000

Variável	Brasil		Regiões										p-valor
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Usuário diabético	103	6,75	4	2,01	75	14,02	16	3,57	8	3,65	0	0	0,000
Usuário acima do peso	92	6,03	5	2,51	64	11,96	14	3,13	7	3,2	2	1,6	0,000
Usuário em condições crônicas	75	4,91	3	1,51	55	10,28	11	2,46	6	2,74	0	0	0,000

Fonte: Dados da Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015). Elaboração própria.

ANEXOS

ANEXO A – Lista de municípios selecionados na amostra da pesquisa perfil do ACS, 2014-2015 (NUNES et al, 2016).

MUNICÍPIOS SELECIONADOS	MUNICÍPIOS PARTICIPANTES
Alfenas	Alfenas
Andorinha	Andorinha
Aracaju	Aracaju
Ararendá	Ararendá
Ariquemes	Ariquemes
Barra do Garças	Barbacena*
Barra do Pirai	Barra do Garças
Barreiros	Barra do Pirai
Bebedouro	Barra Mansa*
Belém	Barreiros
Belo Horizonte	Bebedouro
Boa Vista	Belém
Bom Jesus	Belo Horizonte
Brasília	Boa Vista
Buriticupu	Bom Jesus
Buritis	Brasília
Cachoeirinha	Buriticupu
Campo Grande	Buritis
Campo Largo	Cachoeirinha
Cândido Sales	Campo Grande
Canindé de São Francisco	Campo Largo
Cassilândia	Cândido Sales
Castanhal	Canindé de São Francisco
Cidade Ocidental	Cassilândia
Conselheiro Lafaiete*	Castanhal
Coroados	Cidade Ocidental
Criciúma	Coroados
Cuiabá	Criciúma
Curitiba	Cuiabá
Currais Novos	Curitiba
Custódia	Currais Novos
Ervália	Custódia
Fagundes	Ervália
Feira de Santana	Fagundes
Florianópolis	Feira de Santana
Fortaleza	Florianópolis
Goiânia	Fortaleza
Guaiúba	Goiânia
Guarulhos	Guaiúba
Humaitá	Guarulhos
Ibiporã	Humaitá
Itabira	Ibiporã
Itaguaçu	Itabira
Itamaraju	Itaguaçu
Itaperuna	Itamaraju
Jaboticabal	Itaperuna

Magalhães de Almeida	Maceió
Malhada de Pedras	Magalhães de Almeida
Manaus	Malhada de Pedras
Maranguape	Manaus
Maravilha	Maranguape
Maués	Maravilha
Mineiros do Tietê	Maués
Montes Claros	Mineiros do Tietê
Natal	Montes Claros
Nova Roma	Natal
Palmas	Nova Roma
Paraíso do Tocantins	Palmas
Parnaíba	Paraíso do Tocantins
Pedra Bonita	Parnaíba
Petrolina	Pedra Bonita
Picada Café	Petrolina
Piedade	Picada Café
Piraquara	Piedade
Ponto Novo	Piraquara
Porto Alegre	Ponto Novo
Porto Velho	Porto Alegre
Queimados	Porto Velho
Recife	Queimados
Ribeirão Preto	Recife
Rio Branco	Ribeirão Preto
Rio de Janeiro	Rio Branco
Rondonópolis	Rio de Janeiro
Sabará	Rondonópolis
Salvador	Roseira*
Santa Helena	Sabará
Santana do Acaraú	Salvador
Santarém	Santa Helena
São João Batista	Santana do Acaraú
São José	Santarém
São José dos Campos	São João Batista
São Luís	São José
São Paulo	São José dos Campos
São Sebastião do Rio Verde	São Luís
Sapucaia do Sul	São Paulo
Seabra	São Sebastião do Rio Verde
Serra do Mel	Sapucaia do Sul
Teresina	Seabra
Toritama	Serra do Mel
Tremembé*	Teresina
Umuarama	Toritama
Uruana de Minas	Umuarama
Vitória	Uruana de Minas
Volta Redonda*	Vitória

*Em destaque constam os municípios substituídos.

Fonte: Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015).

ANEXO B – Instrumento de coleta de dados da percepção dos usuários, Módulo I da pesquisa de avaliação do perfil dos ACS, 2014-2015 (NUNES et al, 2016).

MÓDULO I - INSTRUMENTO PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

BLOCO I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

I.1.1 Entrevistador (a) _____

I.1.2 Supervisor: _____

I.1.3 Número do Patrimônio: _____

I.1.4 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

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A IDENTIFICAÇÃO DO (A) SENHOR (A)

I.1.5 Sexo:

[1] Masculino

[2] Feminino

I.1.6 Qual a idade do (a) senhor (a): _____ anos

I.1.7 Zona:

[1] Urbana

[2] Rural

[3] Outros

I.1.8 Qual o endereço do (a) senhor (a): _____

I.1.9 Qual a sua renda familiar

[1] 1 até 3 SM

[2] Acima de 3 até 6 SM

[3] Acima de 6 até 10 SM

[4] Acima de 10 até 14 SM

[5] Acima de 14 SM

[6] Até 1 SM

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

I.1.10 Qual a situação de trabalho do (a) senhor (a) atualmente?

- [1] Servidor público
- [2] Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada
- [3] Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada
- [4] Empregado familiar não remunerado
- [5] Conta própria ou autônomo com estabelecimento
- [6] Conta própria ou autônomo sem estabelecimento
- [7] Empregador com até 5 funcionários fixos
- [8] Empregador com 5 ou mais funcionários fixos
- [9] Desempregado
- [10] Aposentado e/ou pensionista
- [11] Afastado (recebe auxílio do INSS)

I.1.11 Qual a religião do (a) senhor (a)?

- [1] Católico
- [2] Evangélico
- [3] Protestante
- [4] Candomblé
- [5] Espírita
- [6] Espiritualista
- [7] Não tem religião, mas acredita em Deus
- [8] É ateu
- [9] Outra

I.1.12 O senhor sabe ler e escrever

- [1] Sim
- [2] Não
- [3] Só assinar
- [4] Ignorado
- [999] Recusou-se a responder

I.1.13 Até quando o (a) senhor (a) estudou?

- [1] Alfabetização
- [2] Fundamental Incompleto
- [3] Fundamental completo
- [4] Fundamental em curso
- [5] Ensino Médio Incompleto
- [6] Ensino Médio Completo
- [7] Ensino Médio em curso
- [8] Superior Incompleto
- [9] Superior Completo
- [10] Superior em curso
- [11] Pós-graduação incompleta
- [13] Pós-graduação em curso

BLOCO II - CONDIÇÕES DE MORADIA**AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) SOBRE AS CONDIÇÕES DA SUA MORADIA [PERGUNTAR E VERIFICAR]****1.2.1 O (a) senhor (a) tem água encanada?**

- [1] Sim, dentro de casa
- [2] Sim, fora de casa
- [3] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

1.2.2 De onde vem a água da casa usada para o (a) senhor (a) beber? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [1] Rede pública
- [2] Chafariz
- [3] Cacimba/poço
- [4] Rio, riacho, lagoa
- [5] Outro
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

1.2.3 A água que o (a) senhor (a) bebe recebe algum tratamento antes de ser consumida? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [1] Sim, é filtrada e fervida
- [2] Sim, é filtrada apenas
- [3] Sim, é fervida apenas
- [4] Sim, é coada apenas
- [5] Utiliza cloro
- [6] Outro
- [7] Não
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

1.2.4 Na casa do (a) senhor (a) existem em funcionamento:**1.2.4.1 Rádio**

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

1.2.4.2 Televisão

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

1.2.4.3 Geladeira

- [1] Sim
- [2] Não

[999] Recusou-se a responder

1.2.4.4 Fogão a gás

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

1.2.4.5 Fogão a lenha

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

1.2.4.6 Automóvel para uso particular

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

1.2.4.7 Motocicleta para uso particular

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

1.2.4.8 Computador com acesso à internet

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

1.2.4.9 Computador sem acesso à internet

[1] Sim

[2] Não

[999] Recusou-se a responder

BLOCO III – CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA

1.3.1 Na casa do (da) senhor (a) existe (em) criança (as) com idade menor ou igual a cinco anos?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

AS PERGUNTAS QUE SEGUEM SE REFEREM À CRIANÇA MAIS NOVA IDENTIFICADA NA PERGUNTA ANTERIOR

1.3.1.1 Em relação a criança que reside aqui o (a) senhor (a) é:

[1] Mãe biológica

[2] Mãe adotiva

[3] Pai biológico

[4] Pai adotivo

- [5] Irmã (ão)
- [6] Tia (o)
- [7] Avó (ô)
- [8] Outro

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE AS CRIANÇA DA SUA FAMÍLIA

1.3.2 Em caso afirmativo, quantas crianças com idade menor ou igual a cinco anos existem nessa casa? _____

1.3.3 Qual a idade do mais novo? _____

AS PERGUNTAS QUE SEGUEM SE REFEREM À CRIANÇA MAIS NOVA IDENTIFICADA NA PERGUNTA ANTERIOR

1.3.4 Ela é levada para pesar, vacinar ou realizar outro procedimento?

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

1.3.5 O (a) senhor (a) tem o Cartão da Criança? (PERGUNTAR E VERIFICAR)

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

1.3.6 A criança já foi vacinada?

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

1.3.7 Quais das seguintes vacinas a criança mais nova que reside com o (a) senhor (a) já tomou? (ENTREVISTADOR: ATENTAR PARA A FONTE DE INFORMAÇÃO E PRIORIZAR A VERIFICAÇÃO DO CARTÃO DE VACINA)

1.3.7.1 Trílice (nas nádegas)

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

1.3.7.1.1 Fonte de informação

- [1] Cartão
- [2] Entrevistado (a)

1.3.7.1.2 Quantas doses de vacina a criança já recebeu?

[1] Uma

[2] Duas

[3] Três

[4] Quatro ou mais

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

1.3.7.2 Sabin (gotinha na boca)

[1] Sim, tomou a vacina

[2] Não tomou a vacina

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

1.3.7.2.1 Fonte de informação

[1] Cartão

[2] Entrevistado (a)

1.3.7.2.2 Quantas doses de vacina a criança já recebeu?

[1] Uma

[2] Duas

[3] Três

[4] Quatro ou mais

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

1.3.7.3 Sarampo (no braço)

[1] Sim, tomou a vacina

[2] Não tomou a vacina

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

1.3.7.3.1 Fonte de informação

[1] Cartão

[2] Entrevistado (a)

1.3.7.3.2 Quantas doses de vacina a criança já recebeu?

- [1] Uma
- [2] Duas
- [3] Três
- [4] Quatro ou mais
- [997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

1.3.7.4 BCG (cicatriz no braço)

- [1] Sim, tomou a vacina
- [2] Não tomou a vacina
- [997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

1.3.7.4.1 Fonte de informação

- [1] Cartão
- [2] Entrevistado (a)
- [3] Cicatriz

1.3.7.4.2 Quantas doses de vacina a criança já recebeu?

- [1] Uma
- [2] Duas
- [997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

1.3.8 A criança está ou teve diarreia nas últimas duas semanas?

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

1.3.9 Em caso afirmativo, o (a) senhor (a) deu algo para a criança beber?

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

1.3.10 Caso afirmativo, o que o (a) senhor (a) deu?

- [1] Soro caseiro feito com colher medida plástica
- [2] Soro caseiro feito com colher pitada
- [3] Soro de pacote das Unidades de Saúde
- [4] Soro comprado na farmácia

- [5] Água
- [6] Água de arroz
- [7] Chá
- [8] Outros
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

1.3.11 Se usou o soro, quem orientou?

- [1] Um profissional de saúde da UBS/USF
- [2] ACS
- [3] Pastoral da criança
- [4] Outra pessoa leiga
- [5] Usou por conta própria
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

BLOCO IV – SAÚDE DA MULHER

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) SOBRE AS GESTANTES E/OU PUÉRPERAS DA SUA FAMÍLIA

1.4.1 Há gestante (es) ou mulheres que tiveram filhos nos últimos 12 meses nesta casa?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA QUESTÃO I.5.1)
- [997] Não sabe (PULAR PARA QUESTÃO I.5.1)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA QUESTÃO I.5.1)

1.4.2 Em caso afirmativo, frequenta ou frequentou o pré-natal?

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

BLOCO V- PROCURA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ENTREVISTADOR: AGORA IREMOS FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O QUE O (A) SENHOR (A) FAZ EM CASO DE ADOECIMENTO

1.5.1 Quando o (a) senhor ou alguém da família adoecer quem você costuma procurar primeiro para assistência?

- [1] Médico (a) em posto ou centro de saúde
- [2] Médico (a) em urgência ou ambulatório hospitalar
- [3] Médico (a) particular
- [4] Enfermeira (o) em posto ou centro de saúde
- [5] Enfermeira(o) em urgência ou ambulatório hospitalar
- [6] Farmacêutico/farmácia comercial
- [7] Agente Comunitário de Saúde
- [8] Líder comunitário
- [9] Outros
- [10] Ninguém

- [11] Não sabe
- [12] Recusou-se a responder

1.5.2 Onde o (a) senhor (a) mora existe um Agente Comunitário de Saúde que venha visitar as famílias?

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

1.5.3 O (a) senhor (a) já recebeu em sua casa a visita de um ACS?

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

1.5.4 O senhor (a) sabe o nome e onde mora o Agente Comunitário de Saúde?

- [1] Sei o nome e onde mora
- [2] Sei o nome, mas não sei onde mora
- [3] Não sei o nome, mas sei onde mora
- [4] Não sei o nome, nem onde mora
- [999] Recusou-se a responder

1.5.5 Em caso de necessitar do ACS, saberia onde localizá-lo?

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

1.5.6 O ACS chama o(a) Senhor(a) pelo nome?

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

BLOCO VI – ATENÇÃO AOS AGRAVOS PREVALENTES

AS PERGUNTAS QUE FAREI AGORA SE REFEREM AO TRABALHO DO ACS VOLTADO PARA PROBLEMAS DE SAÚDE QUE ACONTECEM COM FREQUÊNCIA NA COMUNIDADE

1.6.1 O (a) senhora (a) é ou possui alguém na família com hipertensão (pressão alta)?

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

1.6.2 Em caso afirmativo, o ACS orienta e/ou já orientou o (a) senhor (a) e/ou alguém de sua família sobre os fatores de risco para hipertensão (pressão alta)?

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

1.6.3 Em caso afirmativo, o ACS encaminha ou já encaminhou o (a) senhora (a) e/ou alguém de sua família com suspeita de hipertensão arterial (pressão alta) para a unidade de saúde?

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

1.6.4 O (a) senhora (a) é ou possui alguém na família com diabetes (açúcar alto no sangue)?

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

1.6.5 Em caso afirmativo, o ACS orienta e/ou já orientou o (a) senhor (a) e/ou alguém de sua família sobre os fatores de risco para o diabetes (açúcar alto no sangue)?

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

1.6.6 Em caso afirmativo, o ACS encaminha ou já encaminhou o (a) senhora (a) e/ou alguém de sua família com suspeita de diabetes (açúcar alto no sangue) para a unidade de saúde?

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

QUANTO AO DESENVOLVIMENTO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS:

1.6.7 O ACS orienta e/ou já orientou o (a) senhor (a) quanto ao consumo moderado de sal e açúcar?

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

1.6.8 O ACS orienta e/ou já orientou o (a) senhor (a) quanto à redução do consumo de gorduras e frituras?

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

1.6.9 O ACS orienta e/ou já orientou o (a) senhor (a) quanto ao consumo de frutas, verduras, hortaliças etc.?

[1] Sim

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

1.6.10 O ACS orienta e/ou já orientou o (a) senhor (a) quanto aos danos decorrentes do consumo de cigarro e bebidas alcoólicas?

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

1.6.11 O ACS orienta e/ou já orientou o (a) senhor quanto à prática de atividade física:

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

BLOCO VII – VISITAS DOMICILIARES E ENCAMINHAMENTOS

AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O TRABALHO DO ACS

1.7.1 O (a) senhor (a) recebeu visita do ACS no último mês?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA QUESTÃO I.7.3)
- [997] Não sabe (PULAR PARA QUESTÃO I.7.3)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA QUESTÃO I.7.3)

1.7.2 Com que frequência o (a) senhor (a) recebe a visita do ACS?

- [1] Uma visita por semana
- [2] Uma visita a cada 15 dias
- [3] Uma visita por mês
- [4] Uma visita a cada dois meses
- [5] Uma visita acima de três meses
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

1.7.3 Quando o ACS vem visitar o (a) senhor (a) na sua casa que atividades ele realiza?

1.7.3.1 Orienta sobre a rotina e o funcionamento do posto ou centro de saúde

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

1.7.3.2 Orienta sobre a marcação de exames e consultas no posto ou centro de saúde

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.3 Orienta e acompanha a marcação de exames e consultas especializadas

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.4 Checa o comparecimento à consulta agendada no posto ou centro de saúde

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.5 Realiza a pesagem de criança

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.6 Orientação a sobre a higiene bucal adequada

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.7 Pergunta e orienta a respeito de casos de diarreias

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.8 Pergunta e orienta sobre o pré-natal

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.9 Mede o braço da gestante

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.10 Orienta a respeito do aleitamento materno

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.11 Convida a palestras

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.12 Orienta sobre a contracepção

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.13 Orienta sobre a higiene corporal

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.14 Orienta sobre o tratamento da água

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.15 Orienta sobre o destino do lixo e dejetos

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.16 Faz curativos

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.17 Encaminha casos de doenças ao posto

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.18 Verifica o cartão da criança e orienta a vacinação

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.19 Orienta sobre a prevenção do câncer de colo de útero e mamas

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.20 Orienta sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.21 Orienta sobre hábitos alimentares

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.22 Orienta sobre a prática de atividade física

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.23 Fornece informações sobre hipertensão e diabetes

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.24 Orienta sobre a prevenção e remoção de focos do mosquito da dengue

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.3.25 Orienta sobre sinais e sintomas da tuberculose

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Realiza

1.7.4 Alguma vez o ACS realizou visita ao senhor (a) acompanhado de outro (s) profissional (is) da unidade de saúde?

- [1] Sim, sempre
- [2] Sim, na maioria das vezes
- [3] Sim, algumas vezes
- [4] Sim, raras vezes
- [5] Nunca (PULAR PARA QUESTÃO 1.7.6)
- [997] Não sabe (PULAR PARA QUESTÃO 1.7.6)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA QUESTÃO 1.7.6)

1.7.5 Em caso afirmativo, qual (ais) profissional (ais) realizou (aram) a visita junto com o ACS?**1.7.5.1 Médicos**

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

1.7.5.2 Assistente Social

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

1.7.5.3 Auxiliar de enfermagem

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

1.7.5.4 Auxiliar em Saúde Bucal

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

1.7.5.5 Cirurgião-dentista

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

1.7.5.6 Enfermeiro

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

1.7.5.7 Educador Físico

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não faz

1.7.5.8 Agente de combate à endemia

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não faz

1.7.5.9 Nutricionista

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não faz

1.7.5.10 Farmacêutico

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não faz

1.7.5.11 Fisioterapeuta

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não faz

1.7.5.12 Psicólogo

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não faz

1.7.5.13 Técnico em saúde bucal

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não faz

1.7.5.14 Técnico de enfermagem

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não faz

1.7.5.15 Terapeuta Ocupacional

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não faz

1.7.5.16 Outros

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não faz

1.7.6 Alguma vez o (a) senhor (a) ou alguém de sua família foi convidado pelos ACS para palestras, cursos ou outra atividade para ensinar sobre saúde?

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA QUESTÃO 1.7.9)

[997] Não sabe (PULAR PARA QUESTÃO 1.7.9)

[999] Recusou-se a responder(PULAR PARA QUESTÃO 1.7.9)

1.7.7 O (a) senhor (a) se lembra de algum ensinamento em saúde dado pelo ACS?

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA QUESTÃO 1.7.9)

[997] Não sabe (PULAR PARA QUESTÃO 1.7.9)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA QUESTÃO 1.7.9)

1.7.8 Em caso afirmativo, quais ensinamentos o(a) Senhor(a) lembra?

1.7.8.1 Rotina e o funcionamento do posto ou centro de saúde

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.2 Dias/turnos de marcação de exames e consultas no posto ou centro de saúde

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.3 Infecções Respiratórias Agudas

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.4 Higiene bucal adequada

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.5 Diarreias

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.6 Pré e pós-parto

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.7 Vacinação

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.8 Aleitamento materno

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.9 Hipertensão e diabetes

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.10 Contracepção / planejamento familiar

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.11 Higiene corporal

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.12 Tratamento da água

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.13 Descarte do lixo e dejetos

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.14 Tuberculose

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.15 Dengue

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.16 Prevenção do câncer de colo de útero e mamas

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.17 Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.18 Orienta sobre hábitos alimentares

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.19 Prática de atividade física

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.8.20 Outros

[1] Espontâneo

[2] Induzido

[3] Não Lembra

1.7.9 Alguma vez, nos últimos três meses, o ACS encaminhou o (a) senhor (a) ou alguém de sua família para algum serviço de saúde?

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA QUESTÃO 1.7.11)

[997] Não sabe (PULAR PARA QUESTÃO 1.7.11)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA QUESTÃO 1.7.11)

1.7.10 Em caso afirmativo, o que aconteceu?

[1] Foi e conseguiu ser atendido em menos de 24 horas

[2] Foi e conseguiu ser atendido em mais de 24 horas

[3] Foi e não conseguiu ser atendido

[4] Não foi por não necessitar, melhorar ou automedicar-se

[5] Não foi por falta de condições físicas, financeiras ou outra

[6] Outro

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

1.7.11 Através do ACS como é o acesso ao posto ou centro de saúde?

[1] Mais fácil

[2] Mais difícil

[3] Indiferente

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

BLOCO VIII – PERCEPÇÃO SOBRE O TRABALHO DO ACS

AGORA IREI PERGUNTAR SOBRE O QUE O (A) SENHOR (A) PENSA DO TRABALHO DO ACS

1.8.1 O acesso da sua família ao ACS é fácil e rápido?

[1] Sim, sempre

[2] Sim, na maioria das vezes

[3] Sim, algumas vezes

[4] Sim, raras vezes

[5] Nunca

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

1.8.2 O ACS ajuda a resolver seus problemas de saúde?

[1] Sim, sempre

- [2] Sim, na maioria das vezes
- [3] Sim, algumas vezes
- [4] Sim, raras vezes
- [5] Nunca
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

1.8.3 O ACS encaminha para a unidade de saúde ou outros serviços de saúde quando necessário?

- [1] Sim, sempre
- [2] Sim, na maioria das vezes
- [3] Sim, algumas vezes
- [4] Sim, raras vezes
- [5] Nunca
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

1.8.4 O ACS fornece orientações de modo claro e objetivo?

- [1] Sim, sempre
- [2] Sim, na maioria das vezes
- [3] Sim, algumas vezes
- [4] Sim, raras vezes
- [5] Nunca
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

1.8.5 O (a) senhor (a) se sente à vontade para falar com o ACS sobre os seus problemas de saúde ou de seus familiares?

- [1] Sim, sempre
- [2] Sim, na maioria das vezes
- [3] Sim, algumas vezes
- [4] Sim, raras vezes
- [5] Nunca
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

1.8.6 O (a) senhor (a) se sente à vontade para falar com o ACS sobre os seus problemas/preocupações pessoais além dos problemas de saúde?

- [1] Sim, sempre
- [2] Sim, na maioria das vezes
- [3] Sim, algumas vezes
- [4] Sim, raras vezes
- [5] Nunca
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

1.8.7 O ACS trata o (a) senhor (a) sua família com respeito?

- [1] Sim, sempre
- [2] Sim, na maioria das vezes
- [3] Sim, algumas vezes
- [4] Sim, raras vezes
- [5] Nunca
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

1.8.8 O (a) senhor (a) já se sentiu discriminado pelo ACS por questões de raça, cor, religião, gênero, orientação sexual ou outros motivos?

- [1] Sim, sempre
- [2] Sim, na maioria das vezes
- [3] Sim, algumas vezes
- [4] Sim, raras vezes
- [5] Nunca
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

1.8.9 Como o (a) senhor (a) classificaria o trabalho do ACS?

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

1.8.10 O ACS alguma vez ajudou a resolver problemas de saúde de sua família ou de alguém de sua comunidade?

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

1.8.11 O ACS alguma vez complicou algum problema de saúde de sua família ou de alguém de sua comunidade?

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

Fonte: Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015).

ANEXO C – Instrumento de coleta de dados da percepção dos agentes comunitários de saúde, Módulo II da pesquisa de avaliação do perfil dos ACS, 2014-2015 (NUNES et al, 2016).

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
- [3] Conselho Distrital de Saúde
- [4] Sindicato
- [5] Associações de portadores de doenças específicas
- [6] Movimento Nacional de Agentes de Saúde
- [7] Federação dos Agentes Comunitários de Saúde
- [8] Partido Político
- [9] Confederação Nacional dos Agentes Comunitários
- [10] Mesa de Negociação Coletiva do SUS
- [11] Igreja ou atividade religiosa
- [12] 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

VI- POLÍTICA DE VALORIZAÇÃO AO TRABALHADOR

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 QUESTÃO II.6.3)

[997] Não sabe (PULAR PARA QUESTÃO II.6.3)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA QUESTÃO 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 QUESTÃO II.6.5)

[997] Não Sabe (PULAR PARA QUESTÃO II.6.5)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA QUESTÃO 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
- [4] Insatisfeito
- [5] 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 ULTIMAS 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
- [998] 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
- [998] 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
- [998] 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

(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)

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 A QUESTÃO II.16.4)

[997] Não Sabe (PULAR PARA A QUESTÃO II.16.4)

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

[997] Não Sabe (PULAR PARA A QUESTÃO II.17.1)

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

II.16.5 Em caso positivo, foi feita a notificação, preenchida à 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 A QUESTÃO II.17.3)
- [997] Não Sabe (PULAR PARA A QUESTÃO II.17.3)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA A QUESTÃO 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
- [3] 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

[998] 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

[998] 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
- [998] 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)
- [998] 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

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
- [998] 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

Fonte: Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015).

ANEXO D – Instrumento de coleta de dados da percepção dos instrutores supervisores, Módulo IV da pesquisa de avaliação do perfil dos ACS, 2014-2015 (NUNES et al, 2016).

Módulo IV-INSTRUMENTO PERCEPÇÃO DO INSTRUTOR/SUPERVISOR(A) DOS ACS	
IV.1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
IV.1.1.1. Número do patrimônio:	_____
IV.1.2 Entrevistador (a):	_____
IV.1.2.1 Supervisor:	_____
IV.1.5 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	
IV.1.6 Sexo:	
[1] Masculino	
[2] Feminino	
IV.1.7 Idade (em anos):	_____
IV.1.8 Profissão:	
[1] Enfermeiro (PULAR PARA IV.1.9)	
[2] Médico (PULAR PARA IV.1.9)	
[3] Assistente social (PULAR PARA IV.1.9)	
[6] Outro	
IV.1.8.1 Qual outra profissão:	_____
IV.1.9 Mora no município:	
[1] Sim	
[2] Não	
IV.1.10 Há quanto tempo trabalha como supervisor?	_____ meses
IV.1.11 Há quanto tempo trabalha nesta equipe?	_____ meses
IV.1.12 Quantas horas o (a) senhor (a) dedica semanalmente a supervisão dos ACS?	_____ horas
IV.1.13 O (A) senhor (a) tem outras funções além de acompanhar os ACS?	
[1] Sim	
[2] Não (PULAR V.1.15)	
[999] Recusou-se a responder (PULAR V.1.15)	
IV.1.14 Em caso afirmativo, especifique:	

IV.1.14.1 Trabalha na Secretaria de Saúde do Município

- [1] Sim
 [2] Não
 [998] Não se aplica

IV.1.14. 2 Realiza atendimento ambulatorial

- [1] Sim
 [2] Não
 [998] Não se aplica

IV.1.14.3 Realiza atendimento hospitalar

- [1] Sim
 [2] Não
 [998] Não se aplica

IV.1.14.4 Realiza ações na comunidade

- [1] Sim
 [2] Não
 [998] Não se aplica

IV.1.14.5 Outra

- [1] Sim
 [2] Não
 [998] Não se aplica

IV.1.15 O (A) senhor (a) recebeu alguma capacitação para o seu trabalho como supervisor dos ACS?

- [1] Sim
 [2] Não (PULAR PARA IV.2.1)
 [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.2.1)

IV.1.16 Em caso afirmativo, quantas horas durou a capacitação? ____ horas

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

IV.2 - EDUCAÇÃO PERMANENTE E GESTÃO DO TRABALHO DOS ACS

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) RELACIONADAS À EDUCAÇÃO PERMANENTE E A GESTÃO DOS ACS

IV.2.1 Quantos ACS o (a) senhor (a) tem sob sua supervisão atualmente? ACS _____

IV.2.2 Com relação aos ACS que o (a) senhor (a) supervisiona, quantos atuam no espaço físico desta Unidade de Saúde, durante o horário de trabalho?

- [1] Nenhum
 [2] Até 25%
 [3] De 25 a 50%

- [4] De 50 a 75%
- [5] Mais de 75%
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.2.3 Com relação aos ACS que o (a) senhor (a) supervisiona, quantos tem trabalho remunerado fora do seu horário de trabalho?

- [1] Nenhum
- [2] Até 25%
- [3] De 25 a 50%
- [4] De 50 a 75%
- [5] Mais de 75%
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.2.4 Quantos dos ACS que o (a) senhor (a) supervisiona receberam capacitação para iniciar as suas atividades?

- [1] Nenhum (PULAR PARA IV.2.6)
- [2] Até 25%
- [3] De 25 a 50%
- [4] De 50 a 75%
- [5] Mais de 75%
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.2.5 Qual a carga horária total da capacitação inicial dos ACS? _____ horas

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

IV.2.6 Sobre a educação permanente do ACS, nos últimos 12 meses, foram realizados cursos/treinamentos?

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

IV.2.7 Existe alguma programação definida de atividades de educação permanente para os ACS nos próximos 6 meses?

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

IV.2.8 Com que frequência o (a) senhor (a) realiza a supervisão dos ACS?

- [1] Semanal
- [2] Quinzenal
- [3] Mensal
- [4] Outra
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.2.9 Quais são os critérios utilizados na supervisão dos ACS?

IV.2.9 .1 Número de visitas realizadas

- [1] Espontâneo

- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.2.9.2 Frequência de atualização do cadastro das famílias

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.2.9.3 Ações desenvolvidas

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.2.9.4 Participação em reuniões de equipe

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.2.9.5 Relacionamento interpessoal com membros da equipe

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.2.9.6 Relacionamento interpessoal com famílias acompanhadas

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.2.9.7 Cumprimento de carga horária

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.2.9.8 Compromisso com o trabalho

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.2.9.9 Conduta ética e sigilo profissional

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.2.9.10 Iniciativas voltadas à participação e mobilização comunitária

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.2.9.11 Outro

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.2.10 No primeiro semestre de 2014, com que frequência a maioria dos ACS, sob sua responsabilidade, receberam visitas de campo do instrutor/supervisor, na área urbana?

- [1] Mensal
- [2] A cada 2 meses
- [3] A cada 3
- [4] Intervalos maiores que 3 meses
- [5] Nunca
- [6] Por motivo específico/de acordo com a necessidade
- [7] Sem periodicidade específica

IV.2.11 No primeiro semestre de 2014, com que frequência a maioria dos ACS, sob sua responsabilidade, receberam visitas de campo do instrutor/supervisor, na área rural?

- [1] Mensal
- [2] A cada 2 meses
- [3] A cada 3
- [4] Intervalos maiores que 3 meses
- [5] Nunca
- [6] Por motivo específico/de acordo com a necessidade
- [7] Sem periodicidade específica

IV.2.12 Qual o principal fator limitante para a realização dessas visitas?

- [1] Transporte
- [2] Disponibilidade de tempo do supervisor
- [3] Segurança pública da área
- [4] Acesso geográfico
- [5] Outro
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.3 - PERCEPÇÃO SOBRE AS PRÁTICAS SANITÁRIAS DO ACS: CADASTRAMENTO DE FAMÍLIAS/PESSOAS

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) RELACIONADAS AO CADASTRAMENTO DE FAMÍLIAS, REALIZADO PELOS ACS

IV.3.1 Os ACS realizam o cadastramento regularmente das famílias/pessoas de sua microárea?

- [1] Sim, sempre
- [2] Sim, na maioria das vezes
- [3] Sim, algumas vezes
- [4] Sim, raras vezes
- [5] Nunca
- [997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

IV.3.2 Os ACS atualizam o cadastramento das 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 IV.5.1)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.5.1)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.5.1)

IV.3.3 Caso afirmativo, com que periodicidade os ACS realizam a atualização do cadastramento das famílias/pessoas de sua microárea?

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

IV.5 VISITA DOMICILIAR

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) RELACIONADAS À VISITA DOMICILIAR

IV.5.1 Os ACS realizam 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 IV.6.5)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.6.5)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.6.5)

IV.5.2 Em caso afirmativo, quantos turnos na semana eles utilizam na realização de visitas domiciliares?

- [1] Um
- [2] Dois
- [3] Três
- [4] Quatro
- [5] Cinco
- [6] Seis
- [7] Sete
- [8] Oito
- [9] Nove
- [10] Dez
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.5.3 Com que frequência os ACS realizam a visita domiciliar por família/pessoa de sua microárea?

- [1] Uma visita família/pessoa a cada 15 dias
- [2] Uma visita família/pessoa mês
- [3] Uma visita família/pessoa a cada dois meses
- [4] Uma visita família/pessoa acima de três meses
- [5] Sem periodicidade definida, a depender da condição de saúde do usuário
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.5.4 As visitas que os ACS realizam 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 IV.5.6)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.5.6)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.5.6)

IV.5.5 Se afirmativo, com qual (ais) profissional (ais) eles programam essas visitas domiciliares?

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

IV.5.6 A equipe possui critérios definidos para a realização das visitas domiciliares?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.5.8)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.5.8)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.5.8)

IV.5.7 Se afirmativo, quais são os critérios utilizados para realização das visitas domiciliares?**IV.5.7.1 Usuário residir em área distante da UBS/USF**

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido

[3] Não se aplica

IV.5.7.2 Usuário residir em área de difícil acesso

[1] Espontâneo
[2] Induzido
[3] Não se aplica

IV.5.7.3 Usuário idoso

[1] Espontâneo
[2] Induzido
[3] Não se aplica

IV.5.7.4 Usuário com dificuldade de locomoção

[1] Espontâneo
[2] Induzido
[3] Não se aplica

IV.5.7.5 Usuário portador de doença crônica

[1] Espontâneo
[2] Induzido
[3] Não se aplica

IV.5.7.6 Outro

[1] Espontâneo
[2] Induzido
[3] Não se aplica

IV.5.8 Que tipo de atividade os ACS geralmente realizam durante as visitas domiciliares?

IV.5.8.1 Orientações sobre os serviços de saúde

[1] Espontâneo
[2] Induzido
[3] Não se aplica

IV.5.8.2 Verificação do cartão de vacinação

[1] Espontâneo
[2] Induzido
[3] Não se aplica

IV.5.8.3 Pesagem de crianças

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.5.8.4 Aferição de tensão arterial

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.5.8.5 Realização de curativos

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.5.8.6 Busca ativa de faltosos

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.5.8.7 Levantamento/acompanhamento de casos de doenças/agravos prevalentes

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.5.8.8 Entrega de medicamentos e orientação sobre seu uso

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.5.8.9 Cadastramento de famílias/pessoas

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.5.8.10 Acompanhamento de famílias/pessoas cadastradas nos programas de combates à pobreza (bolsa família, etc.)

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.5.8.11 Verificação das condições ambientais

- [1] Espontâneo

- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.5.8.12 Outras

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.6 REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DE PREVENÇÃO DAS DOENÇAS E AGRAVOS

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) RELACIONADAS ÀS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. QUAIS DESSAS AÇÕES OS ACS REALIZAM?

IV.6.5 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

IV.6.6 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

IV.6.7 Encaminhamento de pessoas com transtorno mental à USF/UBS:

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

IV.6.8 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

IV.6.9 Os ACS participam de atividades voltadas aos transtornos mentais:

- [1] Sim
- [2] Não
- [997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

IV.6.10 Os ACS participam de atividades voltadas ao uso/abuso de álcool e outras drogas:

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) RELACIONADAS À SAÚDE DA CRIANÇA. QUAIS DAS SEGUINTE AÇÕES OS ACS REALIZAM?

IV.6.15 Orientação sobre o aleitamento materno

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

IV.6.16 Verificação do cartão de vacinação da criança

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA IV.6.18)

[997] Não sabe (PULAR PARA IV.6.18)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.6.18)

IV.6.17 Em caso afirmativo, com que frequência os ACS verificam 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

IV.6.18 Realização da pesagem das crianças menor ou igual a dois anos (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento)

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA IV.6.20)

[997] Não sabe (PULAR PARA IV.6.20)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.6.20)

IV.6.19 Em caso afirmativo, eles pesam:

[1] Apenas as crianças desnutridas

[2] Apenas as crianças em risco para desnutrição

[3] Todas as crianças das famílias acompanhadas

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) RELACIONADAS À SAÚDE DA MULHER. QUAIS DAS SEGUINTE AÇÕES OS ACS REALIZAM?

IV.6.20 Os ACS orientam as mulheres sobre a prevenção do câncer de colo de útero?

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA IV.6.22)

[997] Não sabe (PULAR PARA IV.6.22)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.6.22)

IV.6.21 Em caso afirmativo, eles orientam:

[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

IV.6.22 Os ACS orientam as mulheres sobre o autoexame das mamas?

[1] Sim

[2] Não (PULAR PARA IV.6.24)

[997] Não sabe (PULAR PARA IV.6.24)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.6.24)

IV.6.23 Em caso afirmativo, eles orientam:

[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

IV.6.24 Os ACS orientam as mulheres sobre o planejamento familiar?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

IV.6.25 Os ACS orientam sobre a prevenção de DSTs?

[1] Sim

[2] Não

[997] Não sabe

[999] Recusou-se a responder

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) RELACIONADAS À SAÚDE

DO HOMEM. QUAIS DAS SEGUINTE AÇÕES OS ACS REALIZAM?**IV.6.26 Orientação sobre a prevenção do câncer de próstata:**

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.6.28)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.6.28)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.6.28)

IV.6.27 Em caso afirmativo, eles orientam:

- [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

IV.6.28 Orientação sobre a prevenção de DSTs:

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

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) RELACIONADAS AO INCENTIVO E DESENVOLVIMENTO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS. QUAIS DAS SEGUINTE AÇÕES OS ACS REALIZAM?**IV.6.29 Orientação quanto ao consumo moderado de sal e açúcar:**

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.6.31)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.6.31)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.6.31)

IV.6.30 Em caso afirmativo, eles orientam: [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
- [5] Não sabe/ Recusou-se

IV.6.31 Orientação quanto a redução do consumo de gorduras e frituras:

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.6.33)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.6.33)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.6.33)

IV.6.32 Em caso afirmativo, eles orientam: [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
- [5] Não sabe
- [6] Recusou-se a responder

IV.6.33 Orientação quanto ao consumo de frutas, verduras, hortaliças, etc.

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.6.35)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.6.35)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.6.35)

IV.6.34 Em caso afirmativo, eles orientam: [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
- [5] Não sabe
- [6] Recusou-se a responder

IV.6.35 Os ACS informam as pessoas quanto aos danos decorrentes do consumo de cigarro e bebidas alcoólicas:

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.6.37)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.6.37)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.6.37)

IV.6.36 Em caso afirmativo, a quem se dirigem essas informações?[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
- [6] Não sabe
- [7] Recusou-se a responder

IV.6.37 Orientação quanto à prática de atividade física:

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.6.39)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.6.39)

[999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.6.39)

IV.6.38 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] Todos os usuários
- [5] Não sabe
- [6] Recusou-se a responder

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) RELACIONADAS AOS PROBLEMAS DE SAÚDE PREVALENTES, OU SEJA, AOS PROBLEMAS QUE ACONTECEM COM FREQUÊNCIA NA COMUNIDADE. QUAIS DAS SEGUINTE AÇÕES OS ACS REALIZAM?

IV.6.39 Orientação sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares:

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.6.41)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.6.41)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.6.41)

IV.6.40 Em caso afirmativo, a quem se dirigem essas orientações?

- [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] Todos os usuários
- [6] Não sabe
- [7] Recusou-se a responder

IV.6.41 Encaminhamento dos indivíduos com suspeita de hipertensão arterial para consulta de enfermagem:

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

IV.6.42 Registro dos usuários com diagnóstico de hipertensão na ficha de acompanhamento:

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

IV.6.43 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

IV.6.44 Orientação sobre os fatores de risco para o diabetes:

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.6.46)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.6.46)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.6.46)

IV.6.45 Em caso afirmativo, a quem se dirigem essas orientações?

- [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] Todos os usuários
- [6] Não sabe
- [7] Recusou-se a responder

IV.6.46 Registro dos usuários com diagnóstico de diabetes na ficha de acompanhamento:

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

IV.6.47 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

IV.6.48 Os ACS encaminham os casos suspeitos de dengue à UBS/USF?

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

IV.6.49 Os ACS atuam junto aos domicílios, informando aos seus moradores sobre a dengue, seus sintomas e riscos?

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

IV.6.50 Os ACS lhe comunicam sobre os imóveis fechados e recusas?

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

IV.6.51 Os ACS encaminham os casos suspeitos de tuberculose para a UBS/USF?

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

IV.6.52 Os ACS supervisionam a tomada da medicação do paciente com tuberculose, conforme orientado pelo médico da UBS/USF?

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

IV.6.53 Os ACS realizam a busca ativa de faltosos e daqueles que abandonaram o tratamento?

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

IV.6.54 Os ACS orientam os usuários sobre a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.7.1)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.7.1)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.7.1)

IV.6.55 Em caso afirmativo, eles orientam: *[ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]*

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

IV.6.56 Os ACS encaminham pessoas com queixas/sinais sugestivos de DST para a UBS/USF?

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

IV.7 - REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) RELACIONADAS À VIGILÂNCIA DA SAÚDE. QUAIS DAS SEGUINTE AÇÕES OS ACS REALIZAM?

IV.7.1 Identificação de áreas com esgoto a céu aberto:

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

IV.7.2 Levantamento de problemas relacionados à coleta de lixo:

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

IV.7.3 Levantamento de problemas relacionados à preservação ambiental:

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

IV.7.4 Identificação de situações de risco relacionadas à condição de moradia:

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

IV.7.5 Levantamento de focos de doenças (dengue, leptospirose, etc.):

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.7.7)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.7.7)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.7.7)

IV.7.6 Em caso afirmativo, com que frequência o ACS realiza o levantamento de focos de doenças?

- [1] Sempre

- [2] Na maioria das vezes
- [3] Algumas vezes
- [4] Raras vezes

IV.7.7 Identificação de surto de casos de doenças:

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.7.9)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.7.9)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.7.9)

IV.7.8 Em caso afirmativo, com que frequência o ACS realiza a identificação de surto de casos de doenças?

- [1] Sempre
- [2] Na maioria das vezes
- [3] Algumas vezes
- [4] Raras vezes

IV.7.9 Busca ativa de faltosos a tratamentos e/ou consultas em geral:

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.7.11)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.7.11)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.7.11)

IV.7.10 Em caso afirmativo, com que frequência o ACS 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

IV.7.11 Os ACS informam à equipe de saúde sobre doenças e/ou agravos de notificação compulsória identificados em sua microárea?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.7.13)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.7.13)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.7.13)

IV.7.12 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

IV.7.13 Os ACS acompanham os casos de doenças/agravos prevalentes na comunidade?

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

IV.9 PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) RELACIONADAS À PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIOS DOS ACS.

IV.9.1 Os ACS discutem os problemas da microárea que acompanha com a população?

[1] Sim
 [2] Não (PULAR PARA IV.9.3)
 [997] Não sabe (PULAR PARA IV.9.3)
 [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.9.3)

IV.9.2 Caso afirmativo, com que frequência isso ocorre?

[1] Sempre
 [2] Na maioria das vezes
 [3] Algumas vezes
 [4] Raras vezes

IV.9.3 Em caso afirmativo, quais problemas os ACS discutem com a população?

IV.9.3.1 Problemas ambientais (poluição de rios, córregos, contaminação do solo, descarte inadequado do lixo, etc.)

[1] Espontâneo
 [2] Induzido
 [998] Não se aplica

IV.9.3.2 Problemas de saneamento básico (coleta de lixo, esgoto a céu aberto, etc.)

[1] Espontâneo
 [2] Induzido
 [998] Não se aplica

IV.9.3.3 Focos de doenças

[1] Espontâneo
 [2] Induzido
 [998] Não se aplica

IV.9.3.4 Problemas de infraestrutura da comunidade (pavimentação de ruas, calçadas, etc.)

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [998] Não se aplica

IV.9.3.5 Problemas relacionados à moradia (residências em situação de risco de desabamento, enchentes, etc.)

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [998] Não se aplica

IV.9.3.6 Problemas relacionados ao funcionamento da UBS/USF (dificuldades na marcação de consultas, exames, dispensação de medicamentos, falta de profissionais, etc.)

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [998] Não se aplica

IV.9.3.7 Problemas relacionados à violência física

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [998] Não se aplica

IV.9.3.8 Problemas relacionados à violência sexual

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [998] Não se aplica

IV.9.3.9 Problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [998] Não se aplica

IV.9.3.10 Outros

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [998] Não se aplica

IV.9.4 Os ACS organizam e/ou participam de mutirões na comunidade?

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

IV.9.5 Os ACS organizam e/ou participam de reuniões com líderes comunitários?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.9.7)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.9.7)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.9.7)

IV.9.6 Em caso afirmativo, com que frequência isso ocorre?

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

IV.9.7 Os ACS oferecem apoio às organizações comunitárias (associações, conselhos locais, etc.)?

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

IV.9.8 Os ACS organizam e/ou participam 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

IV.9.9 Os ACS organizam e/ou participam 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

IV.9.10 Em uma escala de 0 a 10 que nota o (a) senhor (a) atribuiria ao envolvimento do ACS com as ações de participação comunitária?

- [0] 0
- [1] 1
- [2] 2
- [3] 3
- [4] 4

- [5] 5
- [6] 6
- [7] 7
- [8] 8
- [9] 9
- [10] 10

**IV.10 – PERCEPÇÃO SOBRE AS PRÁTICAS ADMINISTRATIVO-GERENCIAIS:
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

ENTREVISTADOR: AGORA FAREI PERGUNTAS AO (A) SENHOR (A) RELACIONADAS AO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE EM QUAIS OS ACS PARTICIPAM.

IV.10.1 Os ACS participam do planejamento das ações de saúde com a equipe de profissionais da UBS/USF?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.10.5)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.10.5)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.10.5)

IV.10.2 Em caso afirmativo, com que frequência os ACS participam?

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

IV.10.3 Com qual (ais) profissional (ais) o ACS planeja as ações de saúde? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

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

- [15] Outros
- [16] Não sabe
- [17] Recusou-se a responder

IV.10.4 Em caso afirmativo, quais as ações o ACS planeja com os profissionais da UBS/USF? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [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
- [11] Não sabe
- [12] Recusou-se a responder

IV.10.5 Os ACS costumam participar de reuniões de rotina da equipe?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA A QUESTÃO IV.10.7)
- [997] Não sabe (PULAR PARA A QUESTÃO IV.10.7)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA A QUESTÃO IV.10.7)

IV.10.6 Em caso afirmativo, com que frequência os ACS participam 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

IV.10.7 Os ACS participam da avaliação das ações de saúde com a equipe de profissionais da UBS/USF?

- [1] Sim
- [2] Não (PULAR PARA IV.10.9)
- [997] Não sabe (PULAR PARA IV.10.9)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA IV.10.9)

IV.10.8 Em caso afirmativo, com que frequência isso ocorre?

- [1] Sempre
- [2] Na maioria das vezes
- [3] Algumas vezes
- [4] Raras vezes

IV.10.9 Com qual (ais) profissional (ais) o ACS avalia as ações de saúde? [ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

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

IV.10.10 Em caso afirmativo, quais as ações que o ACS avalia com a equipe de profissionais da UBS/USF?

[ADMITE MAIS DE UMA RESPOSTA]

- [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
- [11] Não sabe
- [12] Recusou-se a responder

IV.11 PERCEPÇÃO GERAL SOBRE AS PRÁTICAS

IV.11.1 De forma geral, o (a) senhor (a) acha que os ACS estão preparados para desempenhar suas funções/atribuições?

- [1] Sim, sempre
- [2] Sim, na maioria das vezes
- [3] Sim, algumas vezes
- [4] Sim, raras vezes
- [5] Não (PULAR PARA A QUESTÃO IV.11.13)
- [997] Não sabe (PULAR PARA A QUESTÃO IV.11.13)
- [999] Recusou-se a responder (PULAR PARA A QUESTÃO IV.11.13)

ENTREVISTADOR: CASO AFIRMATIVO, COMO O (A) SENHOR (A) CLASSIFICARIA O GRAU DE PREPARAÇÃO DOS ACS PARA AS FUNÇÕES LISTADAS, ABAIXO

IV.11.2 Articulação de ações envolvendo instituições/organizações que não integram o

setor saúde (educação, esporte, lazer, assistência social, etc.)

- [1] Totalmente preparado
- [2] Parcialmente preparado
- [3] Despreparado
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.11.3 Ações voltadas à educação em saúde e prevenção de riscos e agravos (palestras de sala de espera, grupos de discussão, oficinas, feiras de saúde, etc.)

- [1] Totalmente preparado
- [2] Parcialmente preparado
- [3] Despreparado
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.11.4 Discussões de caso com a equipe (pacientes descompensados, com complicações, com baixa adesão a tratamento, etc.)

- [1] Totalmente preparado
- [2] Parcialmente preparado
- [3] Despreparado
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.11.5 Realização de atividades voltadas a promoção da saúde de grupos específicos (gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, etc.)

- [1] Totalmente preparado
- [2] Parcialmente preparado
- [3] Despreparado
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.11.6 Busca ativa de usuários faltosos

- [1] Totalmente preparado
- [2] Parcialmente preparado
- [3] Despreparado
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.11.7 Realização de visitas domiciliares

- [1] Totalmente preparado
- [2] Parcialmente preparado
- [3] Despreparado
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.11.8 Realização de notificação de doenças e agravos

- [1] Totalmente preparado
- [2] Parcialmente preparado
- [3] Despreparado
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.11.9 Mobilização da participação comunitária (organização de mutirões, apoio a lideranças comunitárias e a conselhos locais, etc.)

- [1] Totalmente preparado
- [2] Parcialmente preparado
- [3] Despreparado
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.11.10 Levantamento/acompanhamento de casos de doenças/agravos prevalentes na comunidade (hipertensão, diabetes, dengue, tuberculose, etc.)

- [1] Totalmente preparado
- [2] Parcialmente preparado
- [3] Despreparado
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.11.11 Cadastramento de famílias/pessoas

- [1] Totalmente preparado
- [2] Parcialmente preparado
- [3] Despreparado
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.11.12 Encaminhamento de usuários para marcação de exames e consultas

- [1] Totalmente preparado
- [2] Parcialmente preparado
- [3] Despreparado
- [997] Não sabe
- [999] Recusou-se a responder

IV.11.13 Como o (a) senhor (a) classificaria o papel do ACS nessa comunidade?**IV.11.13.1 Voz da comunidade dentro da UBS/USF**

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.11.13.2 Elo de integração entre a comunidade e os profissionais da UBS/USF

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.11.13.3 Tradutor das necessidades de saúde da população

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.11.13.4 Conhecedor da população

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.11.13.5 Organizador do acesso ao serviço de saúde

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.11.13.6 Vigilante de riscos

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.11.13.7 Controlador da aderência dos usuários aos cuidados de saúde propostos pelo médico e/ou enfermeiro

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.11.13.8 Outro

- [1] Espontâneo
- [2] Induzido
- [3] Não se aplica

IV.11.14 Em síntese, atribua uma nota de 0 a 10 (sendo zero totalmente insatisfeito e, dez, totalmente satisfeito) no que concerne a sua satisfação com o trabalho dos ACS na sua equipe:

- [0] 0
- [1] 1
- [2] 2
- [3] 3
- [4] 4
- [5] 5
- [6] 6
- [7] 7
- [8] 8
- [9] 9
- [10] 10

Fonte: Pesquisa de Avaliação do perfil do ACS (2014-2015).