

ANÁLISE DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ANALYSIS OF THE WORK OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Alessandra de Oliveira Maia Rabelo¹, Déborah Santos Bueno¹, Heuler Souza Andrade²

Resumo

Introdução: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) possui uma carga excessiva, devido à falta de uma clara delimitação de suas atribuições, o que gera distorções acerca do seu real papel. **Objetivo:** Analisar o trabalho do ACS como membro atuante da equipe das Estratégias de Saúde da Família do município de Divinópolis-MG. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em 2017. Participaram da pesquisa 47 profissionais de 27 unidades de saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário autoaplicável. Os dados foram processados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0. Para a análise descritiva foi realizada a distribuição de frequência das variáveis. **Resultados:** A maioria (80,9%) é do sexo feminino, de idade entre 25 e 28 anos, ensino médio completo (66,0%). Em relação à prática profissional, 91,5% realizaram alguma preparação específica para exercer o trabalho, sendo que 79% consideraram a preparação equivalente às suas atribuições e, 83% afirmaram que as atividades desempenhadas correspondem às ações que pensavam serem de sua competência. A maioria (79,0%) afirmou realizar suas atividades nos domicílios apontando que, das ações preconizadas pelo MS, realizam 15 com mais frequência. **Conclusão:** Os Agente Comunitário de Saúde receberam capacitação específica para iniciar suas atividades e consideraram que essa preparação corresponde às necessidades de seu cotidiano, embora os resultados evidenciam pouco conhecimento da importância da atenção coletiva.

Palavras-chave: Agente comunitário de saúde. Trabalho. Estratégia saúde da família.

Abstract

Introduction: The work of the Community Health Agent (ACS) is unduly burdensome due to the lack of a clear delimitation of its attributions, which generates distortions about its real role. **Objective:** To analyze the work of ACS as an active member of the team of Family Health Strategies of the municipality of Divinópolis-MG. **Method:** This is a descriptive, quantitative approach, carried out in 2017. The study was conducted by 47 professionals from 27 health units. The data collection was performed through a self-administered questionnaire. The data were processed in the statistical program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0. For the descriptive analysis, the frequency distribution of the variables was performed. **Results:** The majority (80.9%) are female, aged between 25 and 28 years, complete secondary education (66.0%). Regarding professional practice, 91.5% performed some specific preparation to carry out the work, with 79% considering the preparation equivalent to their duties, and 83% stated that the activities performed correspond to the actions that they thought were within their competence. The majority (79.0%) stated that they performed their activities at home, pointing out that, of the actions advocated by the MS, they performed 15 more frequently. **Conclusion:** The Community Health Agent received specific training to start their activities and considered that this preparation corresponds to the needs of their daily life, although the results showed little knowledge of the importance of collective attention.

Keywords: Community health agente. Job. Family health strategy.

Introdução

No Brasil as primeiras experiências com Agente Comunitário de Saúde (ACS) aconteceram no final dos anos 1970, através do incentivo de organizações religiosas. Mais tarde, no final da década de 80, este trabalhador foi incluso em ações dos governos estaduais e municipais. A partir dessas iniciativas, na década de 90, foi criado o Programa Nacional de Agentes Comunitário (PNACS)¹.

Em 2006, no processo de transição do Programa de Saúde da Família (PSF), para a então denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), que fazem parte do modelo assistencial à saúde da população brasileira, foi incorporado aos membros que compõem a equipe da ESF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS). O mesmo possui inúmeras atribuições como a prevenção e a promoção de saúde, a mediação entre o usuário e a equipe de saúde e o acompanhamento do

quadro de saúde dos usuários².

No Brasil são mais de 200 mil ACS, desenvolvendo ações de promoção e vigilância em saúde, a fim de otimizar a qualidade de vida da população. No município de Divinópolis-MG, são credenciados 544 ACS, sendo cadastrados somente 105. A estimativa de população coberta pelo município é de 60.375 usuários³.

De acordo com Lanzoni e Meirelles⁴, as atividades desenvolvidas pelo ACS tem relação direta com o enfermeiro da equipe ESF, que tem o papel de supervisionar as atividades de identificação dos marcadores de saúde, além da diferenciação dos usuários que necessitam de uma atenção específica por parte dos demais profissionais, do acompanhamento de usuários assistidos por determinados agravos de saúde através de visitas domiciliares frequentes, e reconhecimento das inconformidades que devam ser reportadas à equipe. Portanto, para que estas atividades possam ser desenvolvidas pelos ACS acertada-

¹ Discentes. Curso de Enfermagem. Universidade Estadual de Minas Gerais - UEMG.

² Docente. Curso de Enfermagem. Universidade Estadual de Minas Gerais - UEMG.
Contato: Heuler Souza Andrade. E-mail: heulerandrade@gmail.com

mente, deve haver uma estruturação da equipe para que haja maior autonomia, iniciativa e compromisso por parte dos mesmos.

Estudo realizado por Baralhas e Pereira⁵, mostrou que a atividade desenvolvida pelo ACS, possui uma carga excessiva, devido à falta de uma clara delimitação de suas atribuições, o que gera distorções acerca do seu real papel. Além de que os mesmos se encontram em situações relativamente diferentes dos outros membros da equipe de saúde ao se considerar que o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem estão quase todo o tempo protegidos dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS), enquanto os ACS estão nas ruas, expostos às várias ocorrências, muitas vezes imprevistas e para as quais frequentemente não estão qualificados corretamente para enfrentar.

Sem um bom treinamento e conhecimentos específicos sobre o cuidado, o ACS, acaba se tornando um marcador de consultas e um profissional que leva recados da unidade de saúde para o usuário, transformando sua ocupação em uma ação mecânica e fragmentada, o que traz prejuízos a assistência, pois o ACS é parte integral do plano de cuidado. Essa conduta inadequada pode ser consequência da falta de definições específicas sobre seu papel, que acontece de acordo com a situação na qual ele está inserido⁶.

Os ACS, em sua maioria não tem uma reflexão crítica sobre o seu papel na ESF, procuram exercer o cargo pelo entusiasmo de se tornarem funcionários públicos, não possuem conhecimento técnico científico sobre o trabalho. Só após selecionados, é que procuram saber sua função e neste ponto se encontram com a desvalorização enquanto profissionais, pois são subordinados ao enfermeiro, mas, não pertencem a classe dos mesmos, muitas vezes não são se quer reconhecidos como profissionais de saúde¹.

Segundo Ferri⁷, para que o relacionamento entre o profissional de saúde e o usuário seja promissor, é necessário um conhecimento mútuo. O ACS é uma pessoa que vive na comunidade, conferindo a ele maior compreensão das condições de vida das famílias da região, entendendo seus comportamentos, suas crenças e a forma de se expressar. Então, considera-se o ACS como o elo entre os serviços de saúde e a comunidade.

Reconhecer que o trabalho do ACS interfere diretamente no trabalho do gestor de uma unidade, leva à noção de sua responsabilidade, onde sua função reflete no andamento e na organização de todo o serviço da atenção primária. O conhecimento do agente deve ser constantemente atualizado, sua aprendizagem tem de ser contínua, tornando-o capaz de atuar reflexivamente, como um promotor de saúde. O ACS é um profissional fundamental para o desenvolvimento do trabalho na ESF, tendo em vista a efetivação dos princípios propostos para o Sistema Único de Saúde (SUS)⁸. Sendo assim, este estudo teve por objetivo analisar o trabalho desenvolvido pelo ACS no município de Divinópolis-MG.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no município de Divinópolis-MG. A rede de saúde do município estudado conta com dez unidades básicas de saúde tradicional

(UST), trinta e duas ESF, um centro de apoio diagnóstico, uma policlínica, um ambulatório de apoio de doenças endêmicas, um centro regional de reabilitação, um especializado em odontologia, um laboratório municipal, um serviço de referência em saúde mental, uma unidade de pronto atendimento municipal, quatro hospitais, sendo três privados e um filantrópico, abrangendo em média 110.400 pessoas. No período do estudo, 105 ACS faziam parte do corpo profissional das ESF. Os mesmos cobriam uma população estimada de 60.375 usuários, de acordo com o DataSUS⁹. Evidenciado uma baixa cobertura em relação ao tamanho e demanda do município¹⁰.

Para compor a amostra da pesquisa foram incluídos os ACS que trabalhavam nas unidades urbanas, devido à dificuldade de deslocamento e os que estavam presentes no dia da coleta de dados. Foram excluídos os participantes que preencheram o questionário de forma incompleta. Desta forma, o estudo foi realizado em 27 ESF. Dos ACS que aceitaram participar, 54 responderam o questionário, porém 7 deles, de forma incompleta, tendo sido descartados da amostra, totalizando 47 participantes.

A coleta de dados ocorreu entre maio e julho de 2017. Para tanto, utilizou-se de um questionário fechado, autoaplicável, baseando na portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e no instrumento usado na pesquisa de Silva e Santos¹¹. O questionário foi aplicado em ambiente privado, de forma individual, oportunizando ao participante maior liberdade nas respostas. A data da coleta de dados foi agendada previamente com o enfermeiro de cada ESF, para que fosse possível a presença do maior número de ACS.

Os dados foram processados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0. Para a análise descritiva dos mesmos, foi realizada a distribuição de frequência das variáveis. Posteriormente, estes dados foram apresentados em tabelas. Em seguida, analisou-se as variáveis de acordo com o fator demográfico, acompanhado baseando-se nos dados de idade, sexo, estado civil e escolaridade e, de acordo com os fatores profissionais, através das variáveis de como foi a preparação para assumir o trabalho, as ações que o ACS desempenha, local em que essas ações são desenvolvidas, cadastro da população de sua área, a regularidade em que faz visitas domiciliares, as dificuldades do seu trabalho e a sua opinião sobre o mesmo.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado pelo parecer de nº 2.054.057, respeitando os critérios de avaliação dos riscos envolvidos, consentimento dos participantes, garantia ao acesso das pessoas ao resultado da pesquisa. Os participantes assinaram o TCLE de acordo com a Resolução MS/CNS n 466/12.

Resultados

Os ACS que participaram do estudo possuem idade entre 26 e 58 anos. O sexo feminino foi predominante, totalizando 38 (80,9%) participantes. Quanto à formação, 31 (66,0%) possuíam ensino médio completo. A maioria, 31 (66,0%), dos participantes do estudo são casados (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sócio demográficas dos Agentes Comunitários de Saúde. Divinópolis-MG, 2017.

Características	n	%
Sexo		
Feminino	38	80,9
Masculino	09	19,1
Idade		
26-35	14	29,8
36-45	14	29,8
46-55	17	36,2
56 ou mais	02	04,2
Escolaridade		
Ensino Fundamental completo	02	04,3
Ensino médio incompleto	01	02,1
Ensino médio completo	31	66,0
Ensino superior incompleto	04	08,5
Ensino superior completo	09	19,1
Estado Civil		
Casado	31	66,0
Solteiro	10	21,2
Divorciado	06	12,8

Os dados apontaram que 43 (91,5%) dos entrevistados realizaram alguma preparação específica para exercer o seu trabalho, sendo que 37 (79%) consideraram a preparação equivalente à prática profissional e, 39 (83%) afirmaram que as atividades que desempenham correspondem as ações que pensavam serem de sua competência como ACS (Tabela 2).

Tabela 2 - Características relacionadas a prática profissional dos Agentes Comunitários de Saúde. Divinópolis- MG, 2017.

Características	n	%
Recebeu preparação específica para o trabalho		
Sim	43	91,5
Não	04	08,5
A preparação corresponde às necessidades de sua prática profissional		
Sim	37	79,0
Não	10	21,0
Ações que realiza correspondem às suas competências profissionais		
Sim	39	83,0
Não	08	17,0

Os ACS do município, em sua maioria (72,3%) desenvolvem suas atividades através de visitas domiciliares, conforme o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (Tabela 3).

Tabela 3 - Local onde os Agentes Comunitários de Saúde desenvolvem suas atividades. Divinópolis - MG, 2017.

Características	n	%
Na unidade	04	08,5
Na comunidade	09	19,2
Nos domicílios	34	72,3
Nas escolas	-	-
Nas igrejas	-	-
Outros	-	-

Ao serem questionados sobre a frequência em que desenvolvem as vinte e cinco atribuições que estão dentre as previstas pelo Ministério da Saúde, os partici-

pantes identificaram como frequentemente, ocasionalmente ou não executam as ações listadas, demonstrando que apenas quinze dessas ações que foram consideradas de maior relevância, demonstrando quantas vezes ela foi assinalada como exercida frequentemente (Tabela 4).

Tabela 4 - Ações desenvolvidas frequentemente pelos Agentes Comunitários de Saúde. Divinópolis - MG, 2017.

Características	n	%
Atualização do cadastro das famílias assistidas	36	76,6
Mapeamento da área de abrangência e áreas de risco	16	34,0
Visitas domiciliares	45	95,7
Reuniões com grupos diferenciados da população e outros setores da comunidade	20	42,5
Incentivo ao aleitamento materno	40	85,1
Acompanhamento do estado vacinal dos menores de cinco anos	36	76,6
Acompanhamento das gestantes	44	93,6
Acompanhamento de hipertensos, diabéticos, hansenianos e portadores de tuberculose	45	95,7
Execução de atividades de educação para a saúde	32	68,1
Ouvir as queixas das pessoas e famílias	47	100,0
Marcação de exames e consultas	36	76,6
Acompanhar outro profissional da equipe para visita ao domicílio	45	95,7
Acompanhar pessoa a consulta especializada, exame complementar, internação, etc.	42	89,4
Levar e trazer mensagens da Unidade para o domicílio e vice-versa	43	91,5
Realizar nos domicílios as "campanhas" propostas pelo Ministério da Saúde	39	83,0

Em relação às principais dificuldades atribuídas pelo ACS para realizar seu trabalho, 32 (68,0%) indicaram a falta de estrutura das ESF. No que diz respeito ao nível de importância de sua profissão, 35 (74,4%) participantes atribuíram a atividade como resolutive dos principais problemas de saúde da população (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização das dificuldades e do nível de importância do trabalho atribuídos pelo ACS. Divinópolis- MG, 2017.

Características	n	%
Dificuldades		
Falta de estrutura da ESF	32	68,0
Falta de preparação	05	10,6
Falta de acolhimento por parte da comunidade	10	21,3
Não vê dificuldades	04	08,5
Nível de importância		
Porque resolve os problemas da comunidade	04	08,5
Porque resolve os problemas de saúde/doença das pessoas	35	74,4
Importante, mas precisa de passar por reformulações e ajustes	13	27,6
Não sabe e/ou não tem opinião formada	-	-

Discussão

Verificou-se que a população de ACS no município é predominantemente do sexo feminino. Lino¹², sugere a hipótese de que a escolha profissional da mulher é motivada pela sua história familiar associada a história que traz consigo, o que reforça as profissões ligadas ao cuidado, como tarefa da mulher. A questão

histórica fundamenta a contemporaneidade, visto que o cuidado a pessoa era processado unicamente por mulheres religiosas. No setor institucional em saúde, estudos demonstram a predominância feminina integrando a força de trabalho.

A faixa etária dos entrevistados é de idade superior a 25 anos, o grupo é formado por adultos jovens. A média de idade foi semelhante ao estudo de Castro¹³, este aspecto mostra que o trabalho foi se tornando mais interessante para os jovens, o que pode ser fruto tanto do aumento do reconhecimento da ESF quanto da forma de contratação aderida pelo município.

A escolaridade dos entrevistados pode ser considerada alta, visto que a maioria está acima do mínimo requerido. O grau de escolaridade está correlacionado a disposição do ACS de agregar novos conhecimentos e nortear as famílias sob seu cuidado, o que é afirmado por Lino¹². O estado civil mais recorrente é de pessoas casadas. Castro¹³ entende que esse fato está diretamente ligado a predominância do sexo feminino na profissão, representando maior pressão sobre as mulheres, que têm que realizar, além da ocupação profissional, o trabalho doméstico.

Os dados levantados mostraram que a maioria dos ACS entrevistados recebeu uma preparação específica para a realização de seu trabalho. A qualificação desse profissional, se mostra de grande importância, uma vez que ele é o primeiro a ter proximidade com o usuário, a relacionar-se nas questões pertencentes à sua saúde, desde as atividades de prevenção, cura ou reabilitação. No entanto, muitas vezes essa capacitação não corresponde com as necessidades da prática profissional. O que mostra uma possível falha no treinamento desses profissionais¹⁴. Segundo a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017¹⁵ o processo de educação do ACS é também responsabilidade do enfermeiro. São atribuições do mesmo, planejar, gerenciar, coordenar e avaliar ações desenvolvidas pelos ACS, supervisionar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções.

As ações desenvolvidas pelo ACS têm como base as visitas domiciliares, pois, é através dessas visitas que o ACS identificará as necessidades dos usuários e da comunidade, portanto, pode-se considerar esta a atividade mais importante desempenhada pelo ACS. As visitas domiciliares são um instrumento de atenção à saúde que possibilita o conhecimento do contexto social, cultural e epidemiológico das famílias de determinada área¹³.

O fato de nenhum ACS do município realizar suas atividades nas escolas e nas igrejas, gera preocupação, uma vez que para Afonso¹⁶, não tão menos importante que as visitas domiciliares, é o desenvolvimento de atividades por parte do ACS na comunidade em geral, nas escolas, igrejas e dentro da própria unidade. Esse fato pode estar associado ao despreparo, ao desconhecimento e insuficiência de autonomia, no qual os ACS se julguem serem capazes de realizar atividades educativas nesses locais, embora a grande maioria tenha tido um preparo específico para o trabalho, nota-se uma falta de empoderamento do profissional, onde ele se sinta seguro para atuar como educador.

Este estudo mostrou que o trabalho do ACS está

voltado prioritariamente para a promoção e prevenção da saúde. Apesar de não terem sido colocadas como prioritárias, observa-se que as ações de reabilitação e recuperação da saúde, ações de planejamento e gestão do trabalho, além de recepção e acolhimento dos usuários na unidade, também são realizadas. O ACS tem um importante papel junto a equipe da ESF no que tange essas ações. É o agente que está mais próximo à comunidade e que melhor poderá identificar os problemas que a afetam¹⁷.

O ACS funciona como ponte, consolidando rotas de entendimento e integração entre as demandas da população e os serviços de saúde, difundindo e aprimorando medidas preventivas, orientações e educação em geral. No entanto, predomina em seu perfil de atuação as tarefas previamente definidas pelo sistema de saúde, que não são atribuições privativas dos ACS, sendo comuns a outros profissionais de saúde. Os predomínios dessas ações terminam por tornar o trabalho do ACS rotineiro, sendo percebido por eles próprios e pela população como um ofício sem muita utilidade, já que nas visitas aos domicílios, grande parte do tempo é gasto para o preenchimento de formulários¹¹.

Em 2006, foi criada a Portaria 648/2006 que, além de incorporar o PACS ao PSF, instituiu atividades que a partir daí seriam atribuídas a todos os membros do PSF, incluindo o ACS. Contribuindo para a legitimação do trabalho do ACS, foi instituída a Lei 11.350/2006, pela qual passou a ser orientada todas as ações desenvolvidas pela ACS¹⁶.

Os participantes do estudo destacaram a falta de estrutura da unidade como a principal dificuldade enfrentada para realização do exercício profissional. Consideraram não somente falta de estrutura física, mas a falta de gestão efetiva da administração das ESF, dificuldade de acesso as casas dos usuários e falta de segurança pública, para realização do seu trabalho. Este é um problema não só enfrentado por estes profissionais, e tão pouco enfrentado somente na unidade de atenção primária à saúde, mas em toda a rede de atendimento público da saúde. Para que o trabalho do ACS seja desenvolvido de forma satisfatória, é necessária uma boa estrutura da unidade, um bom relacionamento e acolhimento por parte da população e a preparação deste para o trabalho¹².

No que diz respeito a importância de seu trabalho no município, o fato da maioria ter respondido que seria para resolver dos problemas de saúde/doença das pessoas, ressalta a valorização que eles próprios fazem do dito "saber biomédico", atribuindo a importância do seu ofício ao modelo curativista. O trabalho realizado pelo ACS é de fundamental importância na promoção da qualidade de vida e na redução de vulnerabilidade e risco para a saúde da comunidade. Entretanto, seria de grande relevância a tomada de consciência sobre sua importância no papel de educador, bem como nas ações de vigilância em saúde¹⁸.

Os resultados do estudo evidenciaram que os ACS receberam capacitação específica para iniciar suas atividades e consideram que essa preparação corresponde às necessidades de seu cotidiano. Da mesma forma, ficou claro que executam todas as atribuições recomendadas pelo MS, embora a maior parte das ações serem realizadas nos domicílios, sugerindo a possibilidade de o profissional ter pouco conhecimen-

to da importância da atenção coletiva.

Para a realização do trabalho do ACS é necessária uma preparação. Esta, impacta diretamente na forma como realiza sua função e, atualmente, possui alguns pontos falhos. Além de estruturas físicas adequadas nas unidades de saúde para realização de atividades internas, a educação permanente deve fazer parte da rotina desses profissionais no intuito de melhorar a qualidade de sua interação junto à comuni-

dade, ajustando com seu papel de educador em saúde e interlocutor entre a população e a equipe.

Desta forma, sugere-se que haja maior atenção e investimento dos gestores públicos no que tange ao trabalho do ACS. O reconhecimento da importância desse profissional passa pelo oferecimento de boas condições de trabalho e oportunidade de educação permanente, para assim, ter meios de oferecer qualidade na atenção à saúde da população.

Referências

1. Mota RRA. *A avaliação da atenção básica e o trabalho dos agentes comunitários de saúde: implantação do PMAQ-AB na região do Médio Paraíba Fluminense*. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015. 184p.
2. Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2011; 16(1): 349-360.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. *Rev Bras Enferm*, 2013; 66(4): 557-563.
5. Baralhas M, Pereira MAO. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. *Rev Bras Enferm*, 2013; 66(3): 358-65.
6. Sakata KN, Mishima SM. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2012; 46(3): 665-72.
7. Ferri P. *Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde Sobre Suas Práticas de Trabalho no Município de Arvorezinha*. [Monografia]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014; 42 p.
8. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2011; 16(1): 231-240.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal*. Unidade Geográfica: Município - Divinópolis/MG. Competência: janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Brasília; 2016.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Brasília; 2015.
11. Silva MH, Santos MR. Perfil de Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde Vinculados ao Programa de Saúde da Família da Zona Norte de Juiz de Fora. *Revista APS*, 2005; 8(2): 109-117.
12. Lino MM, Lanzoni GMM, Albuquerque GL, Schweitzer MC. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Cogitare Enferm*, 2012; 17(1):57-64.
13. Castro TA, Davoglio RSA, Nascimento AJ, Santos KJS, Coelho GMP, Lima KSB. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cad. Saúde Colet*, 2017; 25(3): 294-301.
14. Melo MB, Quintão AF, Carmo RF. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. *Saúde Soc.*, 2015; 24(1): 86-99.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 22 set. 2017; Seção 1. p. 68.
16. Afonso LN. *O trabalho prescrito e real do agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família*. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2017. 105 p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília; 2012.