



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE



ANA PATRÍCIA FONSECA COELHO GALVÃO

**FATORES DE RISCOS NO TRABALHO ASSOCIADOS À SAÚDE DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS NO DISTRITO SANITÁRIO DA VILA ESPERANÇA EM SÃO
LUÍS-MA**

São Luís

2016

ANA PATRÍCIA FONSECA COELHO GALVÃO

**FATORES DE RISCOS NO TRABALHO ASSOCIADOS À SAÚDE DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS NO DISTRITO SANITÁRIO DA VILA ESPERANÇA EM SÃO
LUÍS-MA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues.

Área de concentração: Saúde de Populações.

São Luís
2016

Galvão, Ana Patrícia Fonseca Coelho.

Fatores de Riscos no trabalho associados à saúde dos agentes comunitários do Distrito Sanitário da Vila Esperança em São Luís-MA / Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão. - 2016.

59 f.

Orientador (a): Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Fatores de risco. 3. Saúde do Trabalhador. I. Galvão, Ana P F. C. II. Ribeiro Rodrigues, Zulimar Márita. III. Título.

**FATORES DE RISCOS NO TRABALHO ASSOCIADOS À SAÚDE DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS NO DISTRITO SANITÁRIO DA VILA ESPERANÇA EM SÃO
LUÍS-MA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Saúde Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues (Orientadora)

Doutorado em Geografia Humana

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO- UFMA

Prof. Dra. Silvia Cristina Viana Silva Lima

Doutorado em Políticas Públicas

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO- UFMA

Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha

Doutorado em Ciências Pedagógicas

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO- UFMA

Prof.^a Dr.^a Maria dos Remédios Freitas Carvalho Branco

Doutora em Doenças Tropicais e Saúde Internacional

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO- UFMA

Ao meu pai Odilon Carneiro Coelho, por ter me incentivado ainda em vida nesta caminhada. Saudade é uma palavra pequena perto do vazio que deixastes, vou te amar para sempre!.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar eu gostaria de agradecer a Deus, por não fazer as minhas vontades e sim atender minhas necessidades.

À minha incrível família, meu porto seguro: minha mãe Conceição, meus 'manos' Michel e Michelle... Pelo amor, carinho, paciência, compreensão, incentivo aos estudos de forma incondicional.

Galvão Filho III... Obrigada por estar presente em todos os momentos nesses longos anos, sejam ruins ou bons, por ter me aceitado com meus defeitos e por saber também elogiar minhas virtudes. Por me ensinar que a cada dia podemos recomeçar. Por me fazer sentir um alguém diferente e por eu saber que sempre contigo poderei contar: amigo e companheiro. Te amo!

Adele ou "dedeli", a mamãe te ama muito, obrigada por ser minha sombra em todos os momentos.

Existem pessoas também, que nos apoiam e nos acolhem com tanto carinho, dando-me palavras de conforto e ânimo. Pessoas que conseguem mudar nossa história e nos fazem perceber que a vida é bem mais que uma simples passagem. São pessoas especiais que nos ajudam, acompanham e ensinam; pessoas que nos fazem felizes, e nos fazem viver:

Aos meus amigos e amigas da maravilhosa turma 11 do mestrado: Thaís, Kely, Emnielle, Lívia, Caio, Luciana, Jonas e Marcelo, por acreditar nas minhas possibilidades, pelo apoio durante esta caminhada. Vou levar um pedacinho de cada um de vocês para sempre no coração.

Aos meus alunos da graduação que torceram por mim, nesses últimos meses, aguentando minha fase de bipolaridade rsrsrs...

Rafael Mondego, ex-orientando e amigo, em breve será você também, obrigada por tudo.

Marcos Brito, the best teacher of English of all time, you have great interest in this achievement. Thanks!

Ao professor Igor Bergamo Anjos Gomes, amigo e grande incentivador!

Aos professores do Programa de Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão:

Em especial Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues, por aceitar o desafio de orientar o meu trabalho, confiou e apoiou. Obrigada por ter me recebido de braços abertos desde o primeiro dia que me conheceu!

A professora Ana Hélia de Lima Sardinha por todas as contribuições na construção desta dissertação. Seu bom humor e pensamento positivo são invejáveis!

A professora Silvia Cristina Viana Silva Lima, meus sinceros agradecimentos por todas as críticas construtivas durante a confecção deste trabalho. Tens minha amizade e admiração.

A professora Maria dos Remédios Freitas Carvalho Branco, muitíssimo obrigada. Você é uma pessoa de luz e de uma humildade indescritível!

A Secretaria Municipal de São Luís, na pessoa da Dra. Ricarda Maria Normanton, pelo acolhimento desde o primeiro dia que a conheci.

Aos diretores de todas as unidades do Distrito Sanitário da Vila Esperança pelo apoio neste trabalho, sem vocês essa pesquisa não seria possível!

Aos agentes comunitários que participaram do estudo contribuindo com a ciência, que compartilharam os sentimentos, emoções, frustrações, raiva, medo e principalmente alegrias, pois sei que atuar na Atenção Primária é um trabalho árduo, mas extremamente gratificante.

“When you try your best but you don't succeed... When you get what you want but not what you need... When you feel so tired but you can't sleep... Lights will guide you home”. Muito obrigada do fundo do meu coração!.

“Existem dois tipos de riscos: Aqueles que não podemos nos dar ao luxo de correr e aqueles que não podemos nos dar ao luxo de não correr”.

Peter Drucker.

RESUMO

Todos os fatores ligados às condições de trabalho trazem impactos e repercussões significantes na esfera política, econômica e social da população. Do ponto de vista do ambiente de trabalho, não se pode falar em condições estáveis. Pois, a cada dia, mudam os cenários da atuação dos agentes comunitários de saúde e a própria dinâmica da comunidade, migrações, mudanças, invasões, operações policiais, afetam o seu trabalho cotidiano. Nesta pesquisa, objetivou-se analisar os fatores de risco associados à saúde dos Agentes Comunitários da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Industrial da Vila Esperança no município de São Luís-MA. Estudo descritivo e analítico, com abordagem quantitativa. Participaram deste estudo 60 ACS. Na análise estatística foi utilizado dos programas EPI-INFO 2008 versão 3.5.1 e STATA[®], versão 10.0. A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos, de acordo com a Resolução 466/12. Os resultados do perfil socioeconômico e demográfico apontaram que 96,66% são do gênero feminino. A faixa etária encontrada se caracterizou de 58,7% para 30 a 39 anos, com ensino médio completo 65%. Os agentes comunitários de saúde demonstraram associações entre os sinais e sintomas fisiológicos com as condições de risco no decorrer das atividades desenvolvidas no trabalho. Ressaltamos que o presente estudo trabalhou com um grupo de agentes comunitários de saúde, e diante disso, os resultados encontrados não devem ser generalizados, pois cada território possui modos específicos de vida e de trabalho.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Fatores de risco. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

All factors related to the working conditions bring significant impacts and repercussions in the political sphere, economic and social of the population. From the point of view of the working environment, one cannot speak in stable condition. For each day, change the settings of the performance of community health workers and the dynamics of the community, migration, changes, invasions, police operations, affect their daily work. This research aimed to analyze the risk factors associated with the health of the Community of the Family Health Strategy Agents in Hope Village Industrial District in São Luís-MA. Descriptive and analytical study with a quantitative approach. The study included 60 ACS. Statistical analysis was performed using the EPI-INFO 2008 programs version 3.5.1 and STATA, version 10.0. The research followed the ethical, according to Resolution 466/12. The results of the socioeconomic and demographic profile indicated that 96.66% are female. The age range was characterized 58.7% for 30 to 39 years, with 65% completed high school. The community health workers have shown associations between physiological signs and symptoms with risk conditions in the course of activities at work. We emphasize that this study worked with a group of community health workers, and before that, the results should not be generalized because each area has specific ways of life and work.

Keywords: Community Health Workers. Risk factors. Occupational Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 Agente comunitário de saúde.....	16
3.2 Entendimento sobre risco.....	20
4 MÉTODOS.....	24
4.1 Tipo de estudo.....	24
4.2 Local da pesquisa.....	24
4.3 População e amostra.....	24
4.4 Instrumento de coleta de dados.....	24
4.5 Coleta de dados e análise dos dados.....	25
4.6 Procedimentos éticos.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
6 CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES.....	50
ANEXOS.....	57

1 INTRODUÇÃO

O trabalho possui uma importância para o homem, pois compõe a sua humanidade, na qual o convívio do ambiente de trabalho acaba interferindo na vida cotidiana, no ambiente profissional, doméstico, dentro da sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida (SILVEIRA, 2002).

Os fatores ligados às condições de trabalho trazem impactos e repercussões significantes na esfera política, econômica e social da população, que podem mensurar o grau de desenvolvimento de uma nação. (MENDES, 2003). E essas transformações, que se sucedem na sociedade contemporânea são aceleradas, extasiadas e na maioria das vezes, breve demais para que o homem possa adquirir o seu ritmo e fundamento (LIPP, 2001).

A saúde e trabalho, ao longo do século XX, desenvolveram-se a partir estudos sobre a produção de conhecimentos, construídos numa perspectiva de análise e prospecção do crescimento econômico e social, além de suas diferentes formas de proteção vinculadas ao emprego formal (RODRIGUES; BELLINI, 2010).

Cabe ressaltar que, somente partir dos anos 70, através de uma prática social instituinte, surgiram pesquisas com o propósito em contribuir para a transformação da realidade de saúde dos trabalhadores. E essa preocupação com a saúde do trabalhador, passou a estar nas intervenções dos adoecimentos e acidentes de trabalho, estabelecendo uma ruptura com a concepção hegemônica da Medicina do Trabalho e com a Saúde Ocupacional, que tem um vínculo causal entre a doença e um agente específico ou a um grupo de situações de risco presentes no ambiente (BRANT, 2009).

Por muitas décadas, a política na área da Saúde do Trabalhador voltou-se para situações de riscos sociais, garantidas através de um seguro social contributivo, que se caracterizam como uma ação indenizatória de reparação das sequelas decorrentes do trabalho, perpetuando assim o enfoque do risco socialmente aceitável sobre a saúde do trabalhador (RODRIGUES; BELLINI, 2010). Sob esta ótica, diversificando a saúde do trabalhador, e percebendo que, existem diversos ramos ligados a ela.

A atenção à Saúde do Trabalhador contempla três níveis de atuação: a) A vigilância, que inclui ações destinadas à definição dos perigos e dos riscos inerentes

a um processo de trabalho e à conseqüente promoção de medidas que visam ao adequado controle dos perigos e riscos e de controle médico, assim como, um programa que permita a coleta e a análise dos dados gerados; b) A assistência à saúde, que são os serviços de acolhimento, atenção, condutas clínicas e ocupacionais e um sistema de benefícios justo; e c) A abordagem e a conduta apropriadas aos determinantes sociais, individuais ou de grupos, que impactam negativamente na saúde da maioria dos trabalhadores (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, o processo de construção de um sistema de saúde exige uma prática ampliada, crítica e reflexiva, juntamente com a inserção de novos saberes e fazeres no âmbito da saúde coletiva, e em decorrência desse processo vem também o debate sobre “à saúde de quem produz saúde”, ou seja, a mudança do sistema de saúde e de suas práticas também promoveu de certa forma, uma preocupação com a qualidade do trabalho em saúde (GUIMARÃES, 2004).

Saúde definida pela Organização Mundial da Saúde (1947), como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”. (BRASIL, 2002). Cabe ressaltar que, posteriormente, um movimento internacional denominado Conferência de Alma-Ata surgiu, na antiga União Soviética (1978), salientando a necessidade da adoção de cuidados primários em saúde, estabelecendo a promoção da saúde como uma das prioridades da nova ordem econômica internacional. A Conferência de Alma-Ata influenciou diretamente na concepção do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil, em consonância com o processo de redemocratização do País (CUNHA; SILVA, 2013).

Nesse contexto, a Constituição Federal Brasileira, de 1988, passou a definir saúde, disposto no Art. 196 como sendo, “*um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (BRASIL, 2002).

Diante destes fatos, não poderíamos entender a saúde, como simplesmente a ausência de doença, mas modos de viver, condições de trabalho, condições de habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (TINOCO, 2015).

Todavia, para compreender que a saúde é o território em que as pessoas vivem. Assim, as condições de saúde do território podem revelar uma mudança no perfil demográfico e epidemiológico, refletindo uma elevada prevalência de agravos

crônicos. (PEDROSA, 2001). E que, analisar as possibilidades de diferenciação sócio espaciais são múltiplas, e complementares entre si, pois, “é possível considerá-la em suas temporalidades, em sua dimensão conflitiva, em suas relações com políticas públicas e por intermédio de suas representações sociais” (CORRÊA, 1997).

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS), lança o Programa de Saúde da Família (PSF), como uma política nacional de atenção básica de caráter organizativo, em substituição ao modelo tradicional baseado em especialidades médicas (TINOCO, 2015).

Em 2006, no intuito de alcançar os objetivos e metas propostas pelo Pacto pela Saúde (no eixo Pacto pela Vida) e revitalizar a atenção básica no território brasileiro, foi instituída, por meio da Portaria/GM nº 648, de 28 de março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual estabeleceu a redefinição dos princípios gerais da Atenção Básica à Saúde no Brasil, responsabilidades de cada esfera do governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições comuns e específicas dos profissionais e regras de financiamento, incluindo as especificidades da saúde da família (CUNHA; SILVA, 2013). Sendo neste ano, o PSF elevado à categoria de Estratégia por meio da referida portaria, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando à mudança do paradigma nos processos de trabalho e a reorganização dos serviços de saúde, intensificando a relação entre cuidado em saúde e território, ou seja, serviços organizados por equipes multiprofissionais responsáveis por uma área de abrangência relativamente pequena tem a potência de atuar de forma mais consistente, compreendendo os processos de saúde e de adoecimento das pessoas, levando em consideração o território do qual fazem parte (TINOCO, 2015).

A ESF preocupa-se em operacionalizar o conceito de território, sem, no entanto, discutir sobre os seus múltiplos sentidos. Quando se considera um determinado local delimitado pode-se falar de uma configuração territorial que tem determinados atributos (PEDROSA, 2001). Essas características, naturais ou elaboradas pelo homem, segundo o autor, dão feição ao ambiente, que por sua vez, influi no processo saúde-doença da população.

Considerada como uma política de promoção à saúde, implementada em todo o país, a ESF, tem como base a regionalização dos espaços. Assim, as categorias de “território”, “região de saúde”, “Distritos Sanitários” e “microáreas” são

formas de reconhecer os múltiplos sentidos da área de atuação de todos os agentes envolvidos na promoção a saúde.

São Luís, capital do Maranhão, seguindo à política de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), dividiu a cidade em 07 Distritos Sanitários para atender e viabilizar as ações da gestão municipal. Para identificá-los, alguns nomes de bairros foram atribuídos, a saber: Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho, Tirirical, Itaqui-Bacanga e Vila Esperança. O Distrito Sanitário de Vila Esperança, maior distrito em dimensões geográficas, e abrange uma parte da zona urbana e toda a zona rural (SEMUS, 2014).

O Distrito Sanitário da Vila Esperança caracteriza-se ainda por conter todo distrito industrial de São Luís e representar área de conflitos socioambiental em função da expansão das atividades industriais e das comunidades tradicionais que lá residem. Assim, este estudo surgiu a partir da demanda de um líder comunitário da área adscrita, indagando sobre a proximidade das indústrias e os impactos na saúde dos moradores.

O projeto “Vulnerabilidade no Acesso aos Serviços de Saúde no Distrito Sanitários de Vila Esperança, São Luís (MA)” foi elaborado para contemplar os problemas descritos pelo líder comunitário, e as primeiras dissertações produzidas e defendidas ressaltaram a interface entre a saúde dos moradores e o ambiente.

Considerando que o Distrito Sanitário da Vila Esperança, maior em extensão territorial, identificou-se como importante aspecto, pesquisar a acessibilidade dos serviços de saúde tendo como foco os Agentes Comunitários da Saúde (ACS). Pressupõe-se que, estes trabalhadores que atuam nessa área, realizam grandes percursos com uma sobrecarga de trabalho maior, apresentando variáveis de riscos ocupacionais a que estão expostos as suas atividades.

Levou-se em consideração ainda, as poucas pesquisas realizadas sobre a “saúde de quem cuida da saúde”; sobretudo no referido distrito sanitário. Pois, identificar as situações prevalentes no cotidiano desse grupo de profissionais, pode permitir minimizar os riscos a que estão expostos, e, dessa forma, melhorar suas condições de trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os fatores de risco associados à saúde dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário da Vila Esperança no município de São Luís-MA.

2.2 Específicos

- a) Avaliar os Agentes Comunitários de Saúde;
- b) Identificar os fatores de risco aos Agentes Comunitários de Saúde;
- c) Associar os sinais e sintomas com as condições de risco dos Agentes Comunitários de Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Agente comunitário de saúde

A trajetória de criação da condição laboral do Agente Comunitário de Saúde (ACS) surgiu no início da década de 90. No entanto, ressaltamos a importância de resgatar a história política da saúde no Brasil, pois nos possibilita entender e identificar essas ações, e também as estratégias adotadas na Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária no país ocorreu de forma gradativa, através de fatos e construções ideológicas, que transitam do sanitarismo campanhista até 1965, que tinha inspiração militarista, combatendo as epidemias, através de fortes e concentradas decisões de estilo repressivo às intervenções sociais, passando pelo modelo médico-assistencial privatista, com a prática médica curativa (MENDES, 1996).

A saúde até então, não era considerada como direito universal, ou seja, seu acesso era restrito apenas a contribuintes do Instituto Nacional de Serviço Social (INSS), na época, eram separados por categoria profissional e recebiam atendimento específico de acordo com a categoria em que se inserissem. Na década de 1980, surgem propostas de modificação do sistema sanitário brasileiro, resultando no Sistema Único de Saúde (SUS). Anteriormente, era um sistema de saúde, e direcionou práticas sanitárias para uma assistência médica individual e curativista (TINOCO, 2015).

Até o final da década de 1980, os setores da saúde sofreram influências internas e externas, sendo que, as internas fazem parte da própria constituição histórica da forma de assistência prestada e a externa tem haver com as interferências de órgãos internacionais no modelo de assistência, adotado e/ou desenvolvido.(MENDES, 1996).

Esse processo de mobilização social e política favoreceu a adoção do conceito ampliado de saúde, e impôs mudanças sobre a formação de recursos humanos para o setor, e, implicitamente, sobre a formação de recursos humanos. A saúde passou a ser entendida como um direito fundamental do ser humano, com garantia de vida digna e de acesso universal e igualitário às ações e serviços,

sofrendo influência de elementos determinantes e condicionantes (CUNHA; SILVA, 2013).

De acordo com a definição da Lei 8.080 de 1990, o SUS é um sistema formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), um conjunto de ações, serviços e unidades que se integram visando atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1996).

Entre as diversas e diferentes ações que foram implementadas, com o novo modelo de atenção à saúde, destacou que o SUS sofreu influência direta do Programa Agente de Saúde (PAS), instituído no governo do Estado do Ceará em 1987, como parte de um programa de combate à seca (DAL POZ, 2002).

Neste período, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tiveram sua primeira experiência de criação, com o objetivo de gerar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca, contribuindo para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2002).

Por causa da grande repercussão política, devido aos resultados positivos destas ações, principalmente na redução do risco de morte ligado ao parto de mulheres e mortes infantis, acabou sendo estendida para o País pelo Ministério da Saúde, em 1991 (DAL POZ, 2002).

Então, no ano de 1991, foi criado o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), que teve como estratégia mudar a forma de organizar os serviços de saúde e melhorar o acesso e a qualidade da atenção à população. (TINOCO, 2015). Destacamos que a construção do SUS ganhou sustentação a partir da implantação do PACS (BACHILLI, 2008).

Neste cenário brasileiro, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), onde a estratégia era de superar do modelo assistencial, que até então se centrava na doença e no cuidado médico individualizado (GOMES, 2009). Representando certamente, a proposição de mais largo alcance para a organização da Atenção Primária a Saúde (APS), o PSF surgiu como uma estratégia de reorganização da oferta de serviços de saúde e, ainda, elegeu como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais e a população que carece desses serviços (MENDES, 2002).

Cabe ressaltar, que o PSF nos moldes atuais, que também surgiu no Estado do Ceará, em janeiro de 1994, como uma estratégia de reorganização da

Atenção Básica no país, e após estes fatos, o PACS passou a ser incorporado pelo PSF. Ambos os programas, apesar de serem chamados de programa, devem ser vistos como estratégias estruturantes, por isso ocorreu à mudança de Programa da Saúde da Família para Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois propõe reorganizar a Atenção Básica e não apenas aumentar a extensão de cobertura para as populações marginalizadas. (GOMES, 2009).

As Equipes do PSF são formadas por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e até doze agentes comunitários, que atuam nas unidades básicas de saúde e junto às comunidades. Esses profissionais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e manutenção da saúde desta comunidade. (BRASIL, 2014).

A criação e regulamentação da profissão dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil iniciaram-se com a Portaria no 1.886/1997 que aprovou as normas e diretrizes do PACS e do PSF; posteriormente veio o Decreto nº 3.189/1999 que fixava as diretrizes para o exercício da atividade de ACS; em 10 de julho de 2002, foi instituída a Lei nº 10.507 que criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde, e revogada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

O ACS tornou-se categoria profissional, após disputa de interesses sobre mercado de trabalho e controle do exercício profissional, numa discussão que levantaram as questões de essencialidade da existência do agente comunitário perante a sociedade e o serviço de saúde. Sua atuação se dá no contexto do SUS, constituindo-se, em novas oportunidades no mercado de trabalho (BRASIL, 2014). E se caracteriza como uma experiência revolucionária e capaz de inverter a lógica centrada no saber médico-assistencialista (ROSA et al. 2012).

Denominado agente de saúde ou visitador de saúde em domicílio pela Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego. Na descrição de suas atividades, visitam domicílios periodicamente; assistem pacientes, dispensando-lhes cuidados simples de saúde, orientam a comunidade para promoção da saúde; rastreiam focos de doenças específicas; promovem educação sanitária e ambiental, dentre outras atividades (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Um trabalhador *sui generis*, genérico de identidade comunitária que desenvolve atividades na saúde (NOGUEIRA, 2000). E na sua atuação, envolve

visitas domiciliares frequentes, acompanhamento da saúde das famílias assistidas, desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita, desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância da saúde, orientação das famílias quanto à utilização dos serviços de saúde, mantendo a equipe sempre informada a respeito das situações de riscos e necessidades de saúde da população (BRASIL, 2000).

Desenvolvem ainda, trabalhos técnicos e políticos. Assim, o trabalho técnico está relacionado à assistência às famílias, e o político, à solidariedade da população e à organização da comunidade para transformação dessas condições (SILVA; DAMALSO, 2002). E são personagens híbridos e polifônicos, que funcionam como um mediador entre a comunidade atendida e o serviço de saúde, fazendo o elo, a ponte, entre o saber científico e o saber popular (NUNES et al, 2002).

Dados da Secretaria do Estado do Maranhão (2016) apontam que o Brasil tem 41.019 equipes de saúde da família implantadas em 5.476 municípios, com uma cobertura populacional de 64%, o que corresponde cerca de 194 milhões de pessoas cobertas. Além disso, possui um total de 332.289 ACS distribuídos em 5.502 municípios, realizando no total uma cobertura de 66% da população do País.

Atualmente, o Estado do Maranhão tem uma proporção de cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família estimada em 79,08%. Entretanto é importante ressaltar que, o município de São Luís possui uma cobertura deficiente com apenas 14,93% equipes, apesar de sua cobertura populacional de ACS cadastrados ser de 41,65%. (SESMA, 2016).

3.2 Entendimento sobre risco

O conceito risco, na área da saúde, origina-se e sustenta-se pela epidemiologia moderna, com uma característica probabilística. E as probabilidades contêm um princípio de incerteza, de tal forma que nenhum resultado pode ser atribuído a um indivíduo em particular, senão ao grupo ao qual pertence, é a de que certo risco epidemiológico pode ser maior ou menor para determinado grupo ou situação, implicando que um risco pode ter uma probabilidade baixa ou remota: pode até ser possível, mas não ser plausível, sobretudo pelos meios de comunicação de massa (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004).

A noção de risco, comumente usada, tanto no discurso popular como no discurso técnico, e seu entendimento risco tende a ser usado para se referir à ameaça, perigo, prejuízo, e com a conotação de algo mais negativo do que propriamente desastroso (LUPTON, 1999). E sua construção móvel, passível de circulação abrangente em termos de código para os perigos e ameaças que caracterizam a vida nas sociedades contemporâneas (MITJAVILA, 2002).

Nessa perspectiva de construção do conceito de risco, se desenvolve o conceito de vulnerabilidade, podendo ser o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. As análises de vulnerabilidade envolvem a avaliação articulada de três eixos interligados (AYRES, 2003): componente individual, que diz respeito ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre o problema, à capacidade de elaborar e incorporar essas informações aos seus cotidianos de preocupações e ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras; componente social, que diz respeito à obtenção, assimilação e incorporação de informações às mudanças práticas, que dependem não só dos indivíduos, mas também do acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar as decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre e poder defender-se de coerções violentas, etc.; e componente programático, que envolve a

assistência efetiva e democrática de recursos sociais que os indivíduos necessitam para se proteger de danos.

Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, maiores serão as chances de canalizar, aperfeiçoar o uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos (AYRES, 2003).

No ambiente de trabalho, a Portaria nº 3.214, do Ministério do Trabalho do Brasil contém uma série de normas regulamentadoras, que consolidam a legislação trabalhista, relativas à segurança e medicina do trabalho, a sua Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5) classificam os riscos de acidentes como “qualquer fator que coloque o trabalhador em situação vulnerável e possa afetar sua integridade, e seu bem estar físico e psíquico” (BRASIL, 1995).

Frente aos problemas apresentados, observamos que no exercício do trabalho do ACS existem riscos físicos, químicos, biológicos, psicológicos e ocupacionais, e cada o sujeito estabelece diferentes relações com seu trabalho. Na tentativa de viver bem na comunidade em que reside e trabalha, acaba por superar seus limites. Este tipo de situação alerta e traz implicações significativas à saúde (ROSSI; CONTRERA-MORENO, 2006).

São exemplos de risco de acidente: as máquinas e equipamentos sem proteção, probabilidade de incêndio e explosão, arranjo físico inadequado, armazenamento inadequado, etc.; Riscos ergonômicos, qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde. São exemplos de risco ergonômico: o levantamento de peso, ritmo excessivo de trabalho, monotonia, repetitividade, postura inadequada de trabalho, etc.; Riscos físicos consideram-se agentes de risco físico as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, calor, frio, pressão, umidade, radiações ionizantes e não ionizantes, vibração, etc.; Riscos químicos consideram-se agentes de risco químico as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo do trabalhador pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos gases, neblinas, névoas ou vapores, ou que seja, pela natureza da atividade, de exposição, possam ter contato ou ser absorvido pelo organismo através da pele ou por ingestão; Riscos biológicos são agentes de risco biológico as bactérias, vírus, fungos, parasitos, entre outros (BRASIL, 1995).

Nessa perspectiva, a estratégia do Ministério da Saúde (MS), na qual se observa que, são delegadas aos trabalhadores múltiplas tarefas com alto grau de exigências e responsabilidades. E, dependendo do ambiente e da organização do trabalho para a sua realização, e do preparo para exercer seu papel, podem levar o profissional a enfrentar um desequilíbrio biológico que afeta não só a ele como pessoa, mas também, à comunidade assistida. Este desequilíbrio biológico, com componentes físicos e psicológicos conhecido como estresse, manifesta-se em forma de absenteísmo, alcoolismo, problemas emocionais, mudanças inexplicáveis na eficiência, desempenho irregular, impaciência com a população com quem lida e outros sérios problemas (LIPP, 1996). “E dependendo do ambiente e da organização do trabalho para a sua realização e do preparo para exercer seu papel, podem levar o trabalhador a enfrentar um desequilíbrio biológico que afeta não só a ele como pessoa, mas também à comunidade assistida” (CAMELO; ANGERAMI, 2008 apud LIPP, 1996).

O desenvolvimento do trabalho na ESF, por vezes, desenvolve-se desfavoravelmente e de forma limitante no processo de qualidade de vida, uma vez que, em seu exercício profissional, os trabalhadores convivem com desafios cotidianos que acabam por afetar todas as dimensões de suas vidas. Desse modo, considera-se importante, compreender a dimensão que o trabalho assume na vida dos profissionais e que significados lhes são atribuídos (AZAMBUJA, 2007).

Dentro da concepção de que o risco, o risco ocupacional se caracteriza como toda e qualquer possibilidade que possa causar algum tipo de dano à saúde do trabalhador seja advinda de algum elemento ou circunstância proveniente do trabalho e do ambiente, podendo ser por acidente, doença ou sofrimento do trabalhador (PORTO, 2005). Contudo, todas as situações de trabalho que podem romper o equilíbrio físico, mental e social dos trabalhadores e não somente as situações que originem acidentes e doenças (BRASIL, 2015).

Desse modo, destaca-se que, a exposição aos raios solares é um agravante, pois, o trabalho essencial do ACS é a visita domiciliar, ficando esse profissional na rua, em atendimento aos usuários, e em caminhada (TRINDADE, 2007).

A presença de riscos ocupacionais e psicossociais relacionados ao ambiente de trabalho do ACS associa-se à atividade recente desse profissional se comparada aos outros profissionais da ESF (TOMAZ, 2002).

A falta de preparo e capacitação, sobrecarga de papéis, longas horas no trabalho, conflito no trabalho em equipe, dificuldade para conciliar trabalho e família e recursos materiais e humanos insuficientes (CAMELO; ANGERAMI, 2007). Estes fatores de riscos relacionam-se a aspectos de planejamento, organização e gerenciamento do trabalho, os quais apresentam potencial para causar prejuízo físico, social e psicológico podendo levar ao estresse (COXT; RIAL-GONZÁLEZ, 2002).

Enfatiza-se que, a identificação e análise das situações de risco presentes na comunidade e atendimento a doenças mais frequentes são ações que devem ser realizadas conjuntamente e em consonância com a da promoção da saúde e da qualidade de vida. Sendo importante para a melhoria do relacionamento interpessoal com a comunidade, trabalhando com os moradores da área adscrita o objetivo do PSF, o que certamente atenuará a carga emocional advinda de elementos emocionais que se deparam diariamente no trabalho de campo (TOMAZ, 2002).

4 METÓDOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com abordagem quantitativa.

Esta pesquisa está ligada ao projeto intitulado “Vulnerabilidades no Acesso aos Serviços de Saúde do Distrito Sanitário da Vila Esperança São Luís-MA” do Programa de Pós Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), que teve início em 2014 com população constituída dos usuários e profissionais dos serviços de saúde dos Centros/Postos.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Distrito Sanitário de Vila Esperança, no município de São Luís (MA), e abrange uma parte da Zona Urbana e toda a Zona Rural. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (2014), com um total de 90.305 de usuários cadastrados; 12 Unidades de Saúde; e 17 Equipes.

4.3 População e amostra

A população constituiu-se de 71 ACS que atuam nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família do Distrito da Vila Esperança. Foram incluídos neste estudo, os trabalhadores de ambos os sexos, que estiverem no exercício de suas atividades, e excluídos do estudo os trabalhadores afastados por motivo de doença, gozando de férias trabalhistas. Integraram, portanto, no estudo, uma amostra de 60 agentes comunitários de saúde.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados, um questionário estruturado (APÊNDICE A), composto por variáveis sociodemográficas: idade, gênero, situação conjugal, escolaridade, número de filhos, tipo de moradia e renda mensal familiar; variáveis ocupacionais: jornada de trabalho, turno de trabalho, hora extra, local de atuação, número de famílias cadastradas, outra atividade

remunerada; variáveis relacionadas aos comportamentos de risco e à saúde: consumo de bebida alcoólica, tabagismo e inatividade física, dor músculo esquelética, região cervical ou na região lombar, satisfação do indivíduo com a própria saúde; condições de risco e segurança no trabalho, tais como: conhecimento sobre os riscos ocupacionais da profissão, as condições de violência, uso de medidas de segurança; carga horária de trabalho em pé, tempo e distância de caminhada, condição ambiental do trajeto, carregamento de peso, exposição à radiação, sol, calor, chuva, exposição a ataques de animais e insetos peçonhentos ou não.

4.5 Coleta de dados e análise dos dados

Primeiramente, realizou-se um estudo piloto desenvolvido no Centro de Saúde Tibiri, escolhido pela localização e por estar na área da pesquisa, realizado no período de setembro a outubro de 2015, com finalidade do trabalho de testar o questionário e os entrevistadores no método de coleta de dados, e nas técnicas de abordagem mais adequadas à população de estudo. Foram entrevistados nesta etapa 3 agentes comunitários de saúde, em outras palavras, o estudo piloto teve como função primordial verificar, em condições reais de trabalho de campo, toda a logística proposta funcionava adequadamente.

Logo após o estudo piloto, iniciou-se o processo de organização para entrevista estruturada. Foram feitos agendamentos de entrada e saída com os ACS, no momento da assinatura do ponto, que normalmente em todas as unidades são duas vezes por semana. Desta forma, colaborou para a sistematização dos dados durante o período de coleta, identificando elementos e os fenômenos relevantes do estudo.

A primeira reunião durou cerca de trinta minutos, ocorreu nas dependências das unidades, com a apresentação do estudo, ratificando na ocasião o convite à participação e sua importância, explicando os objetivos do mesmo. Os agentes comunitários de saúde foram convidados a participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

A segunda reunião durou cerca de uma hora. Neste momento, foram tiradas dúvidas sobre o estudo e participação dos mesmos. Os dois encontros tiveram duração aproximada de três horas e foram coordenados pela pesquisadora.

Após a coleta, a análise dos dados quantitativos consistiu a partir dos programas EPI-INFO 2008 versão 3.5.1 (CDC-Atlanta-EUA) onde se fez a máscara do questionário estruturado, e posteriormente utilizou-se o programa STATA[®], versão 10.0, para gerenciamento de dados e análises dos mesmos.

Nas associações foi utilizado o teste exato de Fisher “testam as diferenças entre dois grupos independentes (G1 e G2), em relação a uma variável qualquer que só admita duas alternativas como resposta: Sim/Não, Positivo/Negativo, ou +/- . Isso leva à construção de uma tabela de contingência 2 x 2 e apresentam um nível de significância menor que 0,05%”. (FISHER, 1934), tendo uma com intervalo de confiança de 95%, e margem de erro tolerável de 5%.

Deste modo, o teste para associou 2 grupos, neste caso, compararam-se os sinais e/ou sintomas sentidos pelos agentes comunitários de saúde e com as condições de risco.

4.6 Procedimentos éticos

O posicionamento ético, com relação ao desenvolvimento do processo de pesquisa, norteou-se a partir das recomendações éticas dispostas nas Normas e Diretrizes que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, bem como, da garantia do anonimato e o sigilo de dados confidenciais, sendo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa através do Parecer Consubstanciado nº 2013.02.17.89-83 (ANEXO A).

Inicialmente foram realizados contato (pessoalmente) com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de São Luís-MA na Superintendência de Educação em Saúde do município de São Luís-MA, para solicitar autorização para a realização da coleta de dados, onde logo após foi emitida cartas de Anuência via correio eletrônico para todos os diretores das Equipes da Estratégia de Saúde da Família do Distrito da Vila Esperança. Posteriormente, realizou-se contato por telefone com coordenadoras de cada área descrita para agendar os horários das respectivas visitas em todas as unidades com os diretores das UBS. Após contato telefônico, foram realizadas visitas nas UBS para programar a liberação dos ACS para participar das reuniões de entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados compreendem a caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde: informações, variáveis sociodemográficas, pelas variáveis ocupacionais, variáveis relacionadas aos comportamentos de risco e à saúde, condições de risco e segurança no trabalho entre a realização de seu trabalho cotidiano.

Tabela 1- Distribuição das variáveis sociodemográficas. São Luís-MA, 2016

Variável	Categoria	n*	%
Gênero	Masculino	2	3,34
	Feminino	58	96,66
Faixa etária	20 – 29 anos	0	0,00
	30 – 39 anos	35	58,3
	40 anos ou mais	25	41,7
Estado Civil	Casado	27	45,00
	Solteiro	23	38,33
	Separado	3	5,00
	Viúvo	2	3,33
	União Consensual	5	8,33
Número de Filhos	Um	10	16,67
	Dois	18	30,00
	Três	13	21,67
	Mais de três	13	21,67
	Não se aplica	6	10,00
Escolaridade	Superior completo	11	18,33
	Superior incompleto	5	8,33
	Nível médio	39	65,00
	Nível médio incompleto	4	6,67
	Não se aplica	1	1,67
Total		60	100

*n=número

Fonte: GALVÃO (2016).

Observamos a distribuição das variáveis sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa na tabela 1, após análise dos dados que 96,66% (58) são do gênero feminino o que vão de encontro com pesquisas desenvolvidas por Furtado (2003), na qual a predominância de mulheres e sua maior sobrevivência, observada neste estudo, estão de acordo com o padrão demográfico brasileiro atual.

Nunes et al. (2002) salientam que no trabalho ACS, em sua grande maioria, é do gênero feminino. (NUNES et al., 2002). Corroborando, Lancman e

Sznelwar (2004), onde acrescentam que as mulheres passam a ocupar o lugar de provedoras das famílias e é inegável a emancipação alcançada pelas mulheres.

Enfatizamos que, o mundo do trabalho hoje tem sido invadido pela inserção crescente da mulher em todas as áreas de produção. A participação feminina sempre esteve historicamente ligada ao cuidado, seja com o doente, criança ou família. (SILVA, 1997).

Percebemos que 45% (27) são casados, indo de encontro aos estudos de Barrientos (2007), na qual o autor destaca que a situação conjugal estável constitui-se em elemento importante de apoio social, uma vez que o afeto entre o casal gera sentimentos e pensamentos positivos, melhora a autoestima e, em geral, os problemas próprios da vida são muitas vezes melhor confrontados quando compartilhados com o parceiro. A ausência de suporte social, gerado pelo individualismo, pode afetar o espaço das relações interpessoais e o da própria interioridade. Por outro lado, o fato de manter uma relação de casal permite viver e desfrutar da sexualidade de maneira mais estável.

Os ACS possuem cerca de três ou mais filhos 21,67% (13) e estão entre a faixa etária de 30 a 39 anos 58,3% (35) e 41,7% (25) para 40 anos ou mais, sendo estes resultados semelhantes aos obtidos por Assunção (2003) e pela FIOCRUZ (2003), e heterogêneos com os de Silva (2001), que encontrou o maior conjunto de profissionais inseridos na faixa entre 30 e 39 anos, e com os de Ferraz e Aerts (2004), que encontraram que a maior parte da amostra estava entre 40 e 49 anos.

Em relação à formação 65% (39) dos entrevistados possuem o ensino médio completo. Um estudo realizado anteriormente no Estado do Ceará revelou que a escolaridade dos ACS daquele Estado está em torno do 4º ano primário (ensino fundamental incompleto) e que muitos são analfabetos funcionais, diferentemente do encontrado nesta pesquisa, por se tratar de diferentes regiões do país. (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004). Entretanto o Ministério da Saúde, que passou a exigir, em 2002, como requisito para exercer essa função, a conclusão do ensino fundamental. (BRASIL, 2004).

Acredita-se ser necessário que este profissional tenha um grau de escolaridade mais elevado para dar conta das demandas atuais do PSF, visto que, houve uma ampliação do seu papel. (TOMAZ, 2002).

Tabela 2- Distribuição das variáveis socioeconômicas. São Luís-MA, 2016

Variável	Categoria	n	%
Moradia	Casa	59	98,33
	Apartamento	1	1,67
Tipo de moradia	Alvenaria	57	95
	Barro	3	5
Estado da moradia	Própria quitada	51	89,47
	Própria financiada	4	7,02
	De favor	2	3,51
Renda Mensal	Até 1000,00 reais	34	56,7
	De 1000,00 a 1500,00 reais	24	40
	De 1500,00 a 2000,00 reais	2	3,3
Total		60	100

*n=número

Fonte: GALVÃO (2016).

Para que o trabalho do ACS possa oferecer resultados positivos ao desenvolvimento da ESF, principalmente, garantindo à população usuária o acesso aos serviços de saúde preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destacamos a importância de conhecer o perfil socioeconômico dos ACS.

Mostramos na tabela 2 que 98,33% (59) residem em casa e apenas 1,67% (1) em apartamento. Quanto ao tipo de moradia, observamos um percentual de 95% (57) para alvenaria, entretanto 5% (3) relataram morar em casa de barro; e 89,47% (51) têm sua moradia quitada, enquanto 7,02% (4) têm financiamento, e 3,51% (2) moram de favor. Meirinho e Bertol (2010) destacam que o Direito à moradia adequada corresponde fundamentalmente ao direito de viver com segurança, paz e dignidade e só será realizado quando esses três fatores forem atendidos de forma plena. Para os autores, os elementos essenciais para este atendimento são: a segurança, incluindo a segurança jurídica da posse, a disponibilidade e o fácil acesso aos serviços (educação, saúde, assistência social) e à infraestrutura, custo acessível à moradia, habitabilidade, acessibilidade, localização, adequação ambiental, adequação cultural e o respeito e construção de valores psíquicos como o pertencimento e a proteção.

Quando perguntados à sua renda mensal, 56,7% (34) possuem renda até 1000,00 reais, valores de 40% (24) para renda de 1000,00 a 1500,00 reais, e apenas 3,3% (2) possuem renda de 1500,00 a 2000,00 reais.

Theisen (2004) salienta, a renda exerce uma função muito importante no contexto social, pois se constitui num forte instrumento para suprir as necessidades básicas, além de contribuir para a aquisição de outros elementos fundamentais para viver em sociedade como o lazer, a tecnologia e a informação.

Tabela 3- Distribuição das variáveis ocupacionais. São Luís-MA, 2016.

Variável	Categoria	n*	%
Tempo de trabalho	1 a 2 anos	0	0,00
	3 a 4 anos	0	0,00
	5 ou mais	59	100,00
	Não sabe	0	0,00
Jornada de trabalho	8 horas	50	83,00
	12 horas	4	7,00
	Mais	6	10,00
Turno	Diurno	59	98,33
	Noturno	1	1,67
Hora extra	Sim	10	17,24
	Não	41	70,69
	Não se aplica	7	12,07
Local de atuação	Zona urbana	1	1,67
	Zona rural	59	98,33
Reside no bairro	Sim	54	90,00
	Não	6	10,00
	Não se aplica		
Nº de pessoas por ACS	250	3	5,00
	750	42	70,00
	Não sabe	15	25,00
Exerce outra atividade remunerada	Sim	1	1,67
	Não	59	98,33
Total		60	100

*n=número

Fonte: GALVÃO (2016).

Em relação às variáveis ocupacionais na tabela 3, observamos que em relação ao tempo de trabalho 100% (60) dos entrevistados desenvolvem suas atividades há 5 anos ou mais, atuando cerca de 8 horas semanais 50% (30), porém percebemos um percentual de 10% (6) para aqueles que trabalham mais do que o

horário determinado;98,33% (59) realizam o trabalho no horário diurno, sem realizar hora extra 70,69% (41) e atuando na zona rural 98,33% (59).

Mascarenhas et al. (2013) destacam que, o maior comprometimento do domínio meio ambiente entre os indivíduos que trabalhavam na zona urbana pode estar relacionado ao cenário de atuação desses profissionais quando comparado àquele encontrado na zona rural, uma vez que os ACS da zona urbana acompanham pessoas que moram em favelas, cortiços ou áreas de invasão, ou seja, microáreas consideradas de risco em função da crescente violência urbana. Para o autor, além da insegurança, possivelmente vivenciada com maior magnitude pelos ACS que trabalham na zona urbana, outros problemas também podem ser evidenciados mais intensamente por esses indivíduos em relação aos que trabalham na zona rural como a poluição do ar e da água, a sonora e a visual, as enchentes, o tráfego intenso de veículos e a sobrecarga do transporte urbano.

Quando perguntados em relação ao local de residência, 90% (54) residem no bairro em que trabalha. Esse fato de o agente comunitário de saúde residir na comunidade é de fundamental importância para a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade. (LEVY, 2004). E com isso, o agente estabelece relações diversas: relações profissionais e pessoais, relações de agente de saúde e de vizinho, relações de quem orienta quanto aos cuidados com a saúde e de quem frequenta os mesmos espaços sociais que os usuários (JARDIM; LANCMAN, 2009).

O fato de morarem no mesmo bairro e serem facilmente encontrados, podem produzir um mecanismo de controle da comunidade sobre a vida dos ACS. Ou seja, os aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos ACS com moradores podem chegar ao extremo de os moradores quererem exercer um controle social sobre a vida privada do ACS (NUNES et al., 2002; JARDIM; LUNARDELO, 2004; LANCMAN, 2009).

Entretanto, 10% (6) não residem no bairro em que trabalham, pois de acordo com de acordo com a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, em seu Art. 6º - O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade: "*I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público*". (BRASIL, 2006).

Para Carreiro et al. (2013), este fato, pode levar ao estresse devido à constante vigilância da comunidade sobre seu modo de viver e agir. Para o autor, o desgaste emocional e físico do trabalhador produzido pelo estresse influencia o desenvolvimento no trabalho e na sociedade, pois não se cria um corpo para lidar com as situações diárias. O trabalhador adoecido não consegue cuidar de ninguém, as ações de cuidado diminuem e é fragilizado, o absenteísmo aumenta assim como o frequente uso de tranquilizantes e outras drogas.

Os ACS, por serem moradores da própria comunidade onde trabalham são colocados diante de contradições sociais. Eles compartilham o mesmo contexto social e cultural de sua população, o que facilita a identificação dos fatores ligados ao adoecimento das pessoas, bem como o desenvolvimento de estratégias de atuação mais eficazes para políticas públicas. Viver na mesma comunidade em que trabalha também é conviver com aspectos negativos com mais intensidade que outros membros da equipe. A proximidade gera vínculos e facilita o trabalho, mas também pode produzir sofrimento aos agentes decorrente da relação de igual que se estabelece com a comunidade (LUNARDELO, 2004).

A maioria 70% (42) possuem 750 pessoas cadastradas, entretanto é importante enfatizar que 25% (15) não souberam dizer quantas pessoas possuem atualmente cadastradas no seu plano de trabalho; 98,33% (59) não exercem nenhuma outra atividade remunerada.

Os pré-requisitos para o exercício da profissão, segundo a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, no Art. 6º inciso “*III – Haver concluído o ensino fundamental; e Devem trabalhar com a adscrição de famílias, tendo sob sua responsabilidade no máximo 150 famílias ou 750 pessoas, em base geográfica definida*”. (BRASIL, 2006).

Tabela 4- Distribuição dos fatores de risco. São Luís-MA, 2016

Variável	Categoria	n*	%
Fuma	Sim	1	1,67
	Não	59	98,33
Bebidas alcóolicas	Sim	18	30,00
	Não	42	70,00
Exercícios físicos	Sim	12	20,00
	Não	48	80,00
Total		60	100

*n=número

Fonte: GALVÃO (2016).

Quanto aos fatores de risco na tabela 4, percebemos que, 98,33 (59) não fumam, verificando que os ACS possuem entendimento sobre a dependência do tabaco, pois para Shmitz et al. (2003) está associada a uma maior predisposição para doenças e incapacidades com elevada morbidade e mortalidade que resultam no agravamento à saúde e à qualidade de vida da população em geral. Cerca de 30% (18) fazem uso de bebida alcoólica socialmente.

Desse modo, enfatiza-se que os estudos apontam que o consumo moderado de bebidas alcoólicas é fator de proteção para mortalidade por todas as causas, principalmente por seu efeito redutor sobre as doenças cardiovasculares (FARCHI, 2000; MOREIRA, 1996). Salienta-se que, seu consumo abusivo traz inúmeras consequências negativas para a saúde e qualidade de vida, aumentando a frequência de morbidades que causam morte ou limitações funcionais, como cirrose, alguns tipos de câncer, acidente vascular cerebral, violências, transtornos mentais, entre outros, provocando direta ou indiretamente custos altos para o sistema de saúde, pois as morbidades desencadeadas por ele são caras e de difícil manejo. Além disso, a dependência do álcool aumenta o risco para transtornos familiares (NANCHAHAL et al., 2000; REHM et al., 1999).

Ressalta-se que, 80% (48) não praticam nenhum exercício físico, indo de encontro aos estudos de Miragaya (2006), onde evidências científicas, afirmam que a prática de atividade física (AF) é uma ferramenta essencial para a promoção da saúde, porque ela inibe o surgimento e o desenvolvimento de fatores de risco que predispõem ao aparecimento de disfunções crônico-degenerativas. Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado que indivíduos fisicamente ativos vivem mais que indivíduos sedentários e têm menor propensão a desenvolver vários tipos de doenças crônicas.

Todavia, a motivação para a prática de exercício físico é um processo psicológico básico que auxilia na compreensão das diferentes ações e escolhas individuais, e um dos fatores determinantes do modo como uma pessoa se comporta (SCHULTZ; SCHULTZ, 2002), possuindo uma característica psicológica multidimensional influenciada por aspectos intrínsecos do sujeito, como é o caso de preferências, desejos, temores, entre outros, e por experiências extrínsecas em seu entorno, como aceitação social, amizade, habilidades e competências, entre outros (WEINBERG; GOULD, 2011).

A inatividade física é um dos grandes problemas de saúde pública na sociedade moderna, sobretudo quando considerado que cerca de 70% da população adulta não atinge os níveis mínimos recomendados de atividade física. O ônus socioeconômico da inatividade física é alarmante: estimativas sugerem que os custos relacionados ao tratamento de doenças e condições possivelmente evitadas pela prática regular de atividade física (BOOTH et al., 2000).

Na tabela 5, percebem-se as associações entre sinais e sintomas psicofisiológicos com condições de risco. Foram encontradas associações entre impaciência e má ventilação 0,214%, cansaço mental com água contaminada 0,045%, subir escadas 0,052% e umidade 0,003%.

Tabela 5- Associações entre sinais e sintomas psicofisiológicos com as condições de risco. São Luís-MA, 2016

	SINAIS/SINTOMAS	CONDIÇÕES DE RISCO	n*	Fisher's exact
	Impaciência	Má ventilação		
Sim	31	18	49	0,214%
Não	11	0	11	
			42	60
	Cansaço mental	Água contaminada		
Sim	44	12	56	0,045%
Não	1	3	4	
			45	60
	Cansaço mental	Subir escadas		
Sim	24	24	48	0,052%
Não	2	10	12	
			26	60
	Cansaço mental	Umidade		
Sim	2	3	5	0,003%
Não	27	28	55	
			29	60

*n=número

Fonte: GALVÃO (2016).

Indo de encontro com estudos desenvolvidos por Cezar-Vaz (2009), que apontam que os riscos psicossociais, dentre eles: estresse; sobrecarga mental; sobrecarga de atividades; rígido controle do tempo; forma como o setor é organizado; falta de materiais e equipamentos adequados; conflitos nos relacionamentos entre os membros da equipe; pressão da própria clientela, que não entende essa nova proposta de assistência à saúde e ainda prefere os modelos curativos ao enfoque preventivo; ansiedade; demandas sociais da população e violência. (CEZAR-VAZ, 2009).

As associações encontradas são mais bem compreendidas quando se sabe que o clima de São Luís é classificado como quente e úmido, em praticamente, o ano todo, justificando as respostas das ACS.

Estudos têm demonstrado que o ACS, cada vez mais acometidos, por problemas de ordem ocupacional que interferem diretamente na sua qualidade de vida, como a ansiedade, a depressão, o estresse, dentre outros (MARTINES; CHAVES, 2007).

Santos e David (2011), desenvolveram um estudo no município do Rio de Janeiro, onde identificou que entre os entrevistados 62% dos trabalhadores se encontravam em situação de estresse, além de 83% manifestaram sintomas físicos. As categorias relacionadas a condições de estresse percebidas por ACS neste estudo foram: baixo reconhecimento de seu trabalho, intensidade e ritmo, burocracia, violência, sobrecarga psíquica e queixas físicas.

O adoecimento do ACS apresenta um risco, não apenas para a saúde do trabalhador, mas também para as pessoas por eles assistidas, com as quais sua relação é extremamente importante. Foi constatado que quando as condições de trabalho são boas, há maior grau de resolutividade. Se o ACS é integrante fundamental dentro da ESF, espera-se que ele seja saudável e satisfeito para realizar suas funções (GOMES, 2009).

Observamos na figura 1, os cenários a serem percorridos pelo ACS no desenvolver das suas atividades laborais em seu cotidiano.

Os ACS percorreram diversas ruas do bairro para iniciar o cadastramento das famílias, possibilitando que o profissional consiga visitar as residências de uma forma mais rápida. Além de armazenar os dados do morador, ainda pode registrar outros tipos de informações sobre a área, como focos de dengue, lixo em via pública, problemas com a iluminação, etc, e as demandas são encaminhadas posteriormente aos setores responsáveis.

Entretanto, percebemos que os ACS vivenciam diversas dificuldades, exercendo inúmeras funções que causam um desgaste psicológico e físico. As ruas que dão acesso à maioria das casas estão sem pavimentação adequada, com desníveis e irregularidades expondo estes trabalhadores a riscos de queda, torções e/ou luxações, dentre outros.

Figura 1- Vila Cruzado no Bairro Tibiri.



Fonte: GALVÃO (2016).

Estudos revelam que os profissionais de saúde, especificamente os da Atenção Básica, não identificam os riscos no ambiente laboral e a exposição aos mesmos nas atividades que executam. (CEZAR-VAZ, 2009).

Observamos na tabela 6, as associações entre os sinais e sintomas fisiológicos com as condições de risco. Foram encontradas associações para dor muscular com água contaminada 0,006%, com umidade 0,00%, má ventilação 0,001% e subir escadas 0,000%, exaustão com umidade 0,020%.

Tabela 6- Associações entre sinais e sintomas fisiológicos com condições de risco. São Luís-MA, 2016

	SINAIS/SINTOMAS	CONDIÇÕES DE RISCO	n*	Fisher's exact
	Dor/tensão muscular	Água contaminada		
Sim	17	0	17	0,006%
Não	28	15	43	
	45	15	60	
	Dor/tensão muscular	Umidade		
Sim	17	0	17	0,000%
Não	12	31	43	
	29	31	60	
	Dor/tensão muscular	Má ventilação		
Sim	17	0	17	0,001%
Não	25	18	43	
	42	18	60	
	Dor/tensão muscular	Subir escadas		
Sim	14	3	17	0,000%
Não	12	31	43	
	26	34	60	
	Exaustão	Umidade		
Sim	20	29	49	0,020%
Não	9	2	11	
	29	31	60	

*n=número

Fonte: GALVÃO (2016).

Enfatizamos que a microárea, ou ambiente de trabalho, desse profissional é um misto de diferentes espaços percorridos. Os ACS, inseridos na ESF, desenvolvem, na maior parte de suas ações dentro da comunidade, seja em visitas às famílias, seja mediando processos entre a unidade de saúde e a comunidade, entre as casas, andando nas ruas, vielas e becos, acessando inclusive áreas mais distantes e isoladas, onde geralmente estão as famílias em situação mais difícil. Assim, o ambiente de trabalho desse profissional são as ruas, as casas, os postos de saúde que fazem parte e interagem com ambientes mais gerais. Estão expostos a vários riscos que devem ser avaliados de forma interdisciplinar, considerando a peculiaridade de sua atuação profissional. Do ponto de vista do ambiente de trabalho, não se pode falar em condições estáveis, nesse caso.

Deve-se lembrar de, ainda que o Distrito Sanitário da Vila Esperança seja o maior em extensão territorial, dentre os demais distritos de São Luís. Assim, as associações com “andar longas distâncias a pé”, são compreendidas pelo contexto do ambiente de trabalho das ACS pesquisadas. Para melhor avaliação seria necessário realizar cálculos sobre o quanto cada agente percorrer para realizar suas

atividades, o que não foi possível na presente pesquisa. Mas, pondera-se que os percursos são longos considerando as visitas realizadas aos postos de saúde e aos bairros que pertencem ao referido distrito.

Associações similares de 1% para dor e/ou tensão muscular com chuva; calor com exaustão; a fadiga e falta de apetite com calor, e umidade. Novamente as características climáticas de São Luís devem ser lembradas, pois interferem diretamente na área de estudo. O clima de São Luís é classificado como “Litorâneo úmido”, com duas estações bem definidas uma seca e outra chuvosa. A média anual da temperatura é de 26,9°C e os meses mais quentes são novembro e dezembro; e os mais frios: fevereiro, março e julho (ARAUJO, 2014, p.100)

Concordando com pesquisas desenvolvidas por Rossi e Contra-Moreno (2006), que classificam o sol e calor, como principal fator dos riscos físicos que os agentes estão sujeitos. Pois segundo os autores, além das manchas de sol e queimaduras ocasionadas pela prolongada exposição solares, a chuva também é um risco físico. Além do risco biológico que também estão expostos tais como: mordidas de cães, picada de insetos, quintais sujos, poeira, dentre outros fatores agravantes.

Nos estudos de Brant e Melo (2009), um dos pontos revelados pela maioria dos agentes no seu trabalho; seria menos desgastante caso recebessem, do poder público, materiais simples, tais como: capa de chuva e protetor solar. Outra atitude que possibilitaria melhor resolução dos problemas seria a divulgação do trabalho desse profissional. Alguns sujeitos referem o quão importante é socializar, junto à população, e a informação sobre a existência dos ACS, além dos objetivos que o serviço de saúde tem com a realização de visitas aos domicílios.

Cabe destacar que a Prefeitura de Timon, município do Estado do Maranhão, garante mais direitos aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O Governo Municipal passou a inserir no orçamento público a aquisição de protetor solar para os agentes. A deliberação se baseia nos efeitos nocivos que a excessiva exposição ao sol pode causar a esses trabalhadores. Esta medida foi publicada no Diário Oficial (08.03.2016), por meio de uma alteração na ementa da Lei Municipal nº 1883, de 10 de Dezembro de 2013, e a partir da data da publicação fica autorizado à Prefeitura de Timon disponibilizar “Protetor Solar” aos ACS. (EMIR, 2016).

Figura 2- Vila Cruzado no Bairro Tibiri.



Fonte: GALVÃO (2016).

Na figura 2, podemos observar as características ambientais dos territórios percorridos pelo ACS nas suas funções. Novamente as condições podem produzir riscos à saúde, pois as ruas estreitas e sem calçamento deixam a população e os agentes mais vulneráveis, indo de encontro aos estudos de Carreiro et al. (2013), quando afirmam que os ambientes de trabalho muitas vezes põem em risco a saúde do trabalhador, enfatizando questões relacionadas ao processo de trabalho como a dificuldade de trabalhar em equipe, a falta de planejamento coletivo e a individualização das tarefas, a falta de reconhecimento e valorização do trabalho do ACS.

A relação entre exposição ocupacional aos riscos e a morbidade, propriamente dita, não se caracteriza como uma relação de causa e efeito, pois depende da frequência e duração da exposição, do tipo de prática desenvolvida e das características individuais do trabalhador (XELEGATI; ROBAZI, 2003).

As Figuras 3 e 4 caracterizam o ambiente de trabalho dos ACS investigados. Assim, as longas distâncias percorridas a pé são realizadas em ruas não pavimentadas, com acúmulo de água parada, com tráfego paralelo de motociclista e carros, exposição ao calor e sol. Todos esses fatores ambientais são relatados na literatura como prejudicial à saúde do trabalhador.

Figura 3- Rua do Bairro Quebra Pote.



Fonte: GALVÃO (2016).

Combater a visão romântica do ACS, que gera sobrecarga de trabalho e sofrimento para esses profissionais. O discurso, contido em muitos documentos oficiais e científicos, de que o ACS é o grande responsável pela mudança do paradigma da saúde pública brasileira, traz um alto nível de responsabilidade que pode ser um dos motivos, ou não, do adoecimento do profissional. Produz-se uma imagem idealizada em relação às expectativas depositadas nesses trabalhadores, o que, por vezes, mostra-se distante da realidade do seu trabalho (TOMAZ, 2002).

Figura 4- Entrada do bairro Tibiri situada no km 3 da BR 135.



Fonte: GALVÃO (2016).

Os agentes comunitários vivenciam em seu cotidiano. Ao se considerar a obrigatoriedade da congruência entre local de trabalho e moradia do agente, atrelada às dificuldades que o trabalhador encontra para realizar seu trabalho a contento, devido a limitações do funcionamento do sistema de saúde, pode-se questionar tal obrigatoriedade como fonte adicional de sofrimento psíquico, decorrente da indiferenciação entre o ato de morar e o de trabalhar no cotidiano e nas relações sociais do ACS e o envolvimento afetivo e ininterrupto que esse vínculo com a comunidade traz para o agente em relação ao seu cliente, acrescido do testemunho das consequências que a falta de resolução das situações de saúde dos usuários provocam neles, agentes (JARDIM; LANCMAN, 2009).

7 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu analisar os fatores de risco associados à saúde dos Agentes Comunitários da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Sanitário da Vila Esperança no município de São Luís-MA. Possibilitando discutir quais os fatores de riscos que estes trabalhadores estão expostos, sejam riscos químicos, físicos, biológicos, e psicossociais.

Os resultados do perfil socioeconômico e demográfico apontaram que 96,66% são do gênero feminino, com maior faixa etária encontrada de 58,3% de 30 a 39 anos, e com ensino médio completo 65%.

Sobre o processo de trabalho, verificou-se que 100% dos entrevistados desenvolvem suas atividades há 5 anos ou mais e 8 horas diárias 50%, sendo no turno diurno e atuando na zona rural 98,33%. Observando que estes trabalhadores têm importantes papéis no desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família e na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Resultados estatísticos demonstraram que as atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários possuem associações entre os sinais e sintomas fisiológicos com as condições de risco no decorrer do trabalho.

Apesar de sabermos que cada pessoa apresenta particularidades, em se tratando da categoria, verificou-se um determinado perfil dos riscos, pois as associações foram encontradas em relação à dor e/ou tensão muscular com chuva; calor com exaustão; a fadiga e falta de apetite com calor, e umidade. Além disto, estão expostos a variados tipos de cargas de trabalho, mostrando-se predominantes as de ordem biológica e psíquica, como foi demonstrado nas associações entre irritabilidade e calor, cansaço mental com andar longas distâncias a pé, calor e umidade.

Ratificamos que a área pesquisada é o maior distrito contemplando bairros urbanos e rurais de São Luís. Observou-se ainda que apesar da capital maranhense possuir o total e 1200 de agentes comunitários de saúde para toda a cidade; no distrito são apenas 71. Avaliando a proporcionalidade entre extensão territorial do distrito e número de ACS que atuam, pode-se ponderar que o número é insuficiente. Assim, para além dos riscos identificados, infere-se que o déficit de trabalhadores pode estar sobrecarregando os que estão na ativa.

O presente estudo trabalhou com um grupo de agentes comunitários de saúde, e diante disso, os resultados encontrados não devem ser generalizados, pois cada território possui modos específicos de vida e de trabalho.

Este estudo evidenciou, sobretudo, nas interações entre os agentes comunitários e o ambiente, em decorrência de pressões de várias ordens, advindas do cotidiano de trabalho, em relação às quais os ACS mostraram-se impotentes para o enfrentamento da grande maioria desse tipo de situações. Salienta-se a importância de meditarmos sobre a saúde deste trabalhador, e aguçamos nossa visão sobre alguns conceitos e entendimento sobre o processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, M.R.N., ASSUNÇÃO, R.S. A atuação do Agente Comunitário de Saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Jan/fev; v. 57, n.1, p.13-18, 2004.

ARAUJO, R. R. Clima e vulnerabilidade socioespacial: uma avaliação dos fatores de risco na população urbana do município de São Luís (MA). 2014. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Paulista / Campus de Presidente Prudente. Presidente Prudente, 2014.

AZAMBUJA, E. P. et al. **Significados do Trabalho no Processo de Viver de Trabalhadoras de um programa de saúde da família**. Texto contexto – enferm. [Onlin]. Florianópolis, 2007, vol. 16, nº 1, pp. 71 – 79. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a09v16n1.pdf>>. Acesso em 29 jan 2016.

AYRES, J.R.C.M et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia D, Freitas CM (coord.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

BACHILLI; R.G. *et al.* A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 13, n.1, p. 51-60, jan/fev. 2008.

BARRIENTOS, L.A.; SUAZO, S.V. **Fatores associados a qualidade de vida de enfermeiras hospitalares chilenas**. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2007.

BOOTH, F.W. et al.. Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. **Journal of Applied Physiology**, Bethesda, v.88, n.2, p.774-87, 2000.

BRANT, L. C.; MELO, M. B. **Promoção da Saúde e Trabalho: Um desafio teórico e metodológico para a saúde do trabalhador**. [S. l.]. 2009. Disponível em: <<http://www.interfaz.com.br/promocaosaudetrab.htm>>. Acesso em: 05 maio 2016.

BRASIL. Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978 NR - 5. **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes**. In: SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. 29. ed. São Paulo: Atlas, 1995. 489 p. (Manuais de legislação, 16).

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1996**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em 02 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas de promoção à saúde**. Brasília: O Ministério; 2002.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. **Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006**. [Citado em 20 set 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm. Acesso em: 09 jun 2016.

BRASIL, 2012. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 01 jun 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Número de equipes que atuam na Atenção Básica de Saúde aumenta em 19 estados**. 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/07/crece-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude>. Acesso em: 14 jun 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora – NR 5**: comissão interna de prevenção de acidentes. 2015. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_5. Acesso em: 13 jun 2016.

CAMELO, S.H.H; ANGERAMI, E.L.S. Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das Equipes de Saúde da Família: percepções dos profissionais. **Rev.Enferm.** UERJ. 2007.

CAMELO, S.H.H; ANGERAMI, E.L.S. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. Eletr. Enf.** 2008;10(4):915-23. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a04.htm>>. Acesso em: 15 jun 2016.

CARREIRO, G. S.P. et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da estratégia saúde da família. **Rev. eletrônica enferm**, v. 15, n. 1, p. 146– 155, 2013.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no sul do Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2009.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Processos Espaciais e a Cidade**. In: _____. Trajetórias Geográficas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

COXT, RIAL-GONZÁLEZ, E. **Work-related stress**: The European picture. Magazine of the European Agency for Safety and Health at work. 2002.

CUNHA, C.L.F. **Utilização dos serviços de atenção básica à saúde, peça população infantil, no Estado do Maranhão** [dissertação]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2010.

CUNHA, C.L.F.; SILVA, I.R. Perspectivas e desafios para a atenção básica à saúde no Brasil: desdobramentos da enfermagem. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Kalinowski CE, Oliveira A, Ferreira DS, organizadores. **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 2**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013. p. 9-34. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância, v.1).

DAL POZ, M.R., VIANA, A.L. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. In: Martinic, S., Aedo, C., Corvalan, J. (org.) **Reformas en Educacion y Saluden America Latina y el Caribe**. Santiago do Chile: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación - CIDE, 1999. p.187-217.

EMIR. D. **Poder, Política e Sociedade**. 2016. Disponível em: <http://diegoemir.com/index.php/2016/03/18535/>. Acesso em 07.07.16.

FARCHI, G. et al. **Alcohol and survival in the Italian rural cohort of the Seven Countries Study**. Int J Epidemiol, 2000.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. **Agente comunitário de saúde em Porto Alegre: um vendedor de saúde**. Saúde em Debate, Londrina, v. 28, n. 66, p. 68-74, jan./abr. 2004.

FISHER, R.A. (1934) **Statistical Methods for Research Workers**. 5th Edition, Edinburgh: Oliver and Boyd.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em grandes centros urbanos – Relatório Final – Estudo de caso – Vitória (ES)**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

GOMES, R. S. **O Trabalho no Programa Saúde da Família do ponto de vista da atividade: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial**. 2009. 171P. Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.arca.fiocruz/bitstream/icict/2577/1/ENSP_Tese_Gomes_Rafael_Silveira.pdf. Acesso em: 26 jun 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Centro de Documentação e Disseminação de Informações**. Base de informações do Censo Demográfico 2010: Resultados do universo por setor censitário. Rio de Janeiro, 2011.

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, 2009.

LANCMAN, S; SZNELWAR, L.I. (orgs.) Christophe Dejours: **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2004.

LEVY; F.M. et al. **Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.197-203, jan-fev. 2004.

LIPP, M. **Stress: conceitos básicos**. In: LIPP, M., editor. Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus, 1996.

LIPP, M.. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Rev. psiquiatra. clín.** 2001.

LUPTON, D. **Risk**. London: Routledge, 1999.

LUNARDELO. S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto** – São Paulo. 2004. 156 f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MARTINES, W.R.V; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. **RevEscEnferm USP** 2007.

MASCARENHAS, C.H. M et al. **Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde**. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1375-1386, May 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jun 2016.

MENDES, E.V. **O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção**. IN: Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 52p.

MENDES, R. **Patologia do trabalho: atualizada e ampliada**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MEIRINHO, B.C. C; BERTOL, E. **A moradia nas ocupações espontâneas nas ocupações e na Política Pública: um estudo de caso sobre a produção da cidade de Curitiba e os conjuntos da COHAB-CT**. UFPR, Curitiba, 2010.

MIRAGAYA, A. **Promoção da saúde através da atividade física**. Em L. Da Costa (Org.). Atlas do esporte no Brasil: atlas do esporte, educação física e atividades físicas de saúde e lazer no Brasil (p. 16- 28). Rio de Janeiro: CONFEF. 2006.

MITJAVILA, M. **O risco como recurso para a arbitragem social**. Tempo Soc., v.14, n.2, p.129-45, 2002.

MOREIRA, L.B. et al. **Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a Southern Brazilian City: a population-based survey.** J Studies Alcoho, 1996.

NANCHAHAL, K. et al. **Alcohol consumption, metabolic cardiovascular risk factors and hypertension in women.** Int J Epidemio, 2000.

NOGUEIRA, R. P et al. O. **A vinculação institucional de trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde.** Texto para discussão n. 735. Rio de Janeiro, 2000.

NUNES, M.O. et al. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.** CadSaude Publica v. 18, n. 6, p. 1639–1646, 2002.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Officials Records of the World Health Organization**, No 2, 100 p. United Nations, World Health Organisation. Geneve. Interim Comissiom, 1947.

PEDROSA, J. I. S; TELES, J B M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública.** v.35, n.3, p.303-311, jun. 2001. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102001000300014&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 jun 2016.

PORTO, M. F. S. **Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar.** Cadernos de Saúde do Trabalhador (CESTEH/ENSP/FIOCRUZ). 2005. Disponível em: <http://www.medicinaetrabalho.med.br/arquivos/Analise%20de%20riscos%20nos%20locais%20de%20trabalho.pdf>. Acesso em: 28 mai 2016

REHM, J. et al. **Assessment methods for alcohol consumption, prevalence of high risk drinking and harm: a sensitivity analysis.** Int J Epidemiol, 1999.

RODRIGUES, P. F.V.; BELLINI, M. I.B. **Saúde do trabalhador e as repercussões do adoecimento e acidente de trabalho: um estudo sobre as expressões de trauma e violência na vida do trabalhador e de sua família.** V Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação. PUCRS, 2010.

ROSA, Alcindo José; BONFANTI, Ana Letícia; DE SOUSA CARVALHO, Cíntia. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade** v. 21, n. 1, p. 141–152 , 2012.

ROSSI, D. A. N.; CONTRERA-MORENO, L.. **Riscos à saúde no trabalho do agente comunitário de saúde de Sidrolândia, MS.** Ensaios e Ciência, Campo Grande, v.10, n.3, p.191-200, dez, 2006.

SANTOS, L.F.B.; DAVID, H.M.S.L.. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 52–57 , 2011.
SANTOS, S. de O. Eu cuido de você.

SEMUS. Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Município de São Luís. Distritos Sanitários. 2014.

SCHMITZ, N. et al. **Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence.** Am J Psychiatry, 2003.

SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. **Teorias da Personalidade.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

SESMA. Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Região Nordeste: Maranhão. Maio, 2016.

SILVA, M. J. **Agente de saúde: agente de mudança? A Experiência do Ceará.** Fortaleza: Pós-graduação/DENF/ UFC/Fundação de Pesquisa e Cultura, 1997.

SILVA, J.A. **O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: Agente institucional ou agente da comunidade?** [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

SILVA, J.A., DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVEIRA, V. A. **Trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2002.

TINOCO, Mariana Machado. **A relação saúde/doença no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão de literatura.** / Mariana Machado Tinoco. -- 2015. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

TOMAZ, J. B. C. **O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”.** Interface Comun Saúde Educ. 2002.

THEISEN, N.I.S. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico** [dissertação]. Santa Cruz do Sul (RS): Universidade de Santa Cruz do Sul; 2004.

TRINDADE, L.L. et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** 2007.

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M. L. C. C. Riscos químicos a que estão submetidos os Trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. **Rev Latino-am Enfermagem.** 2003; 11(3):350-6.

WEINBERG, R.; GOULD, D. **Foundations of sport and exercise psychology.** 5th ed. Champaign: HumanKinetics, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****A - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOECONOMICAS**

1A. Idade: _____

2A. Gênero:

Masculino

Feminino

3A. Estado civil:

Casado

Solteiro

Separado

Viúvo

União consensual

4A. Número de filhos:

1

2

3

Mais de 3

Não se aplica

5A. Escolaridade:

Superior completo

Superior incompleto

Nível médio

Nível médio incompleto

Não se aplica

6A. Qual tipo de moradia é a sua?

Casa

Apartamento

Não se aplica

7A. Quanto à sua moradia ela é:

Alvenaria

Barro

Taipa

Não se aplica

8A. Quanto à sua moradia ela é:

Própria quitada

Própria financiada

Alugada

De favor

Outros

9A. Sua renda mensal é:

Até 1.000 reais

De 1.000 a 1500 reais

De 1.500 a 2.000 reais

Acima de 2.000 reais.

B- VARIÁVEIS OCUPACIONAIS

1B. Tempo de trabalho:

1 a 2 anos

3 a 4 anos

5 ou mais

Não sabe

2B. Jornada de trabalho

08 horas

12 horas

Mais

3B. Turno:

Diurno

Noturno

4B. Faz hora extra:

Sim

Não

Não se aplica

5B. Local de atuação:

Zona urbana

Zona rural

Não se aplica

6B. Reside no bairro em que trabalha?

Sim

Não. Qual? _____

Não se aplica

7B. Número de pessoas cadastradas por ACS:

250 pessoas

750 pessoas

Não sabe

Não se aplica

8B. Exerce outra atividade remunerada:

Sim. Qual? _____

Não

Não se aplica

C-FATORES DE RISCO E CONDIÇÕES DE SAÚDE

1C. Você fuma?

Sim

Não

Não se aplica

2C. Você faz ingestão de bebidas alcoólicas?

Sim

- Não
- Não se aplica

3C. Prática regular de exercícios físicos?

- Sim
- Não
- Não se aplica

4C. Você sente?

- Alterações do sono ou insônia
- Cansaço emocional
- Dor músculo esquelética, região cervical ou na região lombar
- Sentimento de estar exausto
- Fadiga
- Falta de apetite
- Frequentes dores de cabeça
- Impaciência
- Irritabilidade
- Cansaço mental
- Não se aplica

5C. Você faz algum tratamento para: (Você poderá marcar mais de uma resposta)

- CA
- Cansaço emocional
- Cardiopatias
- Constipação
- Confusão aguda
- Demências
- Diabetes
- Distúrbios do sono
- DPOC
- Hipertensão
- Incontinência urinária
- Mobilidade prejudicada
- Osteoporose
- Pneumonia
- Subnutrição
- Tontura
- Não se aplica

D-CONDIÇÕES DE RISCO E SEGURANÇA NO TRABALHO

1D. O que lhe incomoda? (Você poderá marcar mais de uma resposta)

- Andar longas distâncias longas a pé
- Ficar muito tempo em pé
- Carregar peso
- Umidade
- Má ventilação
- Água contaminada e sem tratamento
- Calor e sol intenso
- Chuva
- Poeira
- Escadarias
- Calçadas estreitas em estrada de grande tráfego

- Barranco e escadas escorregadias
- Lixo, presença de moscas, mosquitos, animais peçonhentos, cachorro, cobra
- Pessoas com lesões cirúrgicas
- Pessoas com dengue, Tuberculose, Hanseníase
- Lesões limpas e infectadas
- Estresse
- Cobrança/pressão da chefia para a produção
- Baixos salários/ Incerteza de pagamento
- Insatisfação / Desânimo
- Conflito entre a comunidade
- Violência/Insegurança
- Não se aplica

OBRIGADA POR PARTICIPAR DESTA PESQUISA!

APÊNDICE B – TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO SAUDE AMBIENTE

Prezado (a) Sr. (Sra.)

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Caso isso aconteça, peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa intitulada **“FATORES DE RISCOS NO TRABALHO ASSOCIADOS À SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS NO DISTRITO SANITÁRIO DA VILA ESPERANÇA EM SÃO LUÍS-MA”**.

O (a) Sr. (a) foi selecionado (a) porque tem idade igual ou superior a 18 anos, e trabalhador de saúde nos Centros/Postos de Saúde do Distrito Sanitário da Vila Esperança no período da pesquisa; porém a sua participação não é obrigatória. O objetivo geral da pesquisa é avaliar os fatores de riscos associados à saúde dos Agentes Comunitários da Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário da Vila Esperança. Para participar deste estudo solicito a sua especial colaboração para responder algumas perguntas sobre acesso e utilização dos serviços de saúde, dados socioeconômico, demográfico e de saúde.

Os riscos da sua participação estão relacionados à possibilidade do (a) Sr. (a) lembrar fatos ou passagens marcantes capazes de produzir alterações emocionais relacionados ao envolvimento que naturalmente acontece nos momentos das entrevistas. O benefício imediato pode ser a chance de discutir como o(a) senhor (a) se sente, e refletir sobre o acesso aos serviços de saúde possibilitando maior relevância social a partir do momento em que a discussão sobre o tema trará reflexões aos profissionais oportunizando melhorar a qualidade da assistência aos usuários. Sua participação neste estudo é muito importante e será voluntária.

O (a) Sr (a) tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Em caso do(a) Sr (a) retirar-se do estudo, favor avisar a pesquisadora que está acompanhando-o (a).

Caso você desista de participar, será retirado (a) da pesquisa. A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, o (a) Sr (a) não será identificado (a) quando o material de sua fala for utilizado, seja para propósitos de publicação científica (apresentação de trabalhos e artigos) ou educativa. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, e o (a) Sr (a) não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

O (A) Sr. (Sra.) pode fazer perguntas a respeito da pesquisa, sempre que achar necessário. Caso queira mais esclarecimentos a respeito da pesquisa ou se surgir alguma dúvida, entre em contato com as pesquisadoras Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão, pelo telefone (98) 99966-7517, ou (98) 98152-5087 ou Profa. Dra. Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues (98) 3232-3837 ou (98) 9612-6947 no Mestrado Saúde Ambiente, localizado na Praça Madre Deus, nº 02, 2º andar – Bairro Madre Deus - São Luís-MA – CEP: 65.025-560, ou havendo questões éticas relacionadas ao estudo, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra, localizado na Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro - São Luís-MA. CEP: 65020-070 telefone (98)2109-1250.

Este termo será rubricado em todas as folhas e assinado em duas vias, ficando uma delas com o(a) Sr (a) e a outra com o pesquisador.

Fui informado convenientemente esclarecido (a) sobre o estudo e, por entendido o que me foi explicado, concordo em participar do mesmo.

Desde já agradecemos.

São Luís, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Pesquisado (a)

Assinatura do Pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

 <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/HUUFMA</p>	<p>Continuação do Parecer: 945.413</p> <p>SAO LUIS, 04 de Fevereiro de 2015</p>	<p>Assinado por: Dorlene Maria Cardoso de Aquino (Coordenador)</p>	 <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/HUUFMA</p>	<p>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</p> <p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p>	<p>Título da Pesquisa: VULNERABILIDADES DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO DISTRITO SANITÁRIO DE VILA ESPERANÇA 2, São Luis (MA).</p> <p>Pesquisador: Ana Héliá de Lima Sardinha</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 4</p> <p>CAAE: 35845414.3.0000.5086</p> <p>Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HUUFMA</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p>	<p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 945.413</p> <p>Data da Relatoria: 05/02/2015</p>	<p>Apresentação do Projeto:</p> <p>O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como diretrizes a universalidade do acesso (todos tem direito à saúde), a integralidade (atendimento de todas as necessidades do cidadão), equidade (todos são iguais perante o sistema) e o controle social (participação da sociedade no controle e gestão do sistema). O SUS hoje, é a fonte mais importante de assistência à saúde para a população. Apesar de tal evidência, o aumento da demanda sem o aumento na oferta de serviços, afeta a qualidade daqueles que são ofertados e como consequência acaba empurrando os estratos sociais com melhor nível socioeconômico a recorrer aos serviços prestados na área privada, enquanto que os estratos sociais de menor poder socioeconômico se restringem a um serviço que acaba não suprimindo suas reais necessidades na rede pública. Estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa com o objetivo de avaliar os indicadores de acesso aos serviços de saúde no Distrito Sanitário de Vila Esperança, em São Luis-Ma. A população será constituída por usuários, profissionais dos serviços de saúde dos Centros/Postos de Saúde do Distrito Sanitário da Vila Esperança e Agentes da Estratégia Saúde da Família - ESF. Para coleta dos dados, serão utilizados questionários com perguntas semi-estruturadas para a obtenção de dados quantitativos e, entrevistas para os dados qualitativos. Em todos os instrumentos serão abordados assuntos relacionados às políticas públicas de saúde, acessibilidade aos serviços de saúde, além de dados</p>	<p>Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 Bairro: CENTRO UF: MA Telefone: (99)2109-1250</p> <p>Município: SAO LUIS Fax: (99)2109-1223</p> <p>CEP: 65 020-070 E-mail: cep@huufma.br</p>	<p>Página 01 de 04</p>	<p>Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227 Bairro: CENTRO UF: MA Telefone: (99)2109-1250</p> <p>Município: SAO LUIS Fax: (99)2109-1223</p> <p>CEP: 65 020-070 E-mail: cep@huufma.br</p>	<p>Página 01 de 04</p>
--	---	--	---	---	--	---	--	---	------------------------	---	------------------------

ANEXO 2- Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde segundo lotação nas UBS. SEMUS, 2016.

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	NÚMERO DE ACS	PARTICIPANTES DO ESTUDO
C.S Itapera	4	4
C.S Laura Vasconcelos	2	1
C.S Maracanã	4	2
C.S. Quebra Pote	6	5
C.S. Pedrinhas I	4	4
C.S. Pedrinhas II	4	4
C. S Thalles Ribeiro	8	7
C. S. Tibiri	9	9
U.S.F. Vila Sarney	7	5
U.S.F Vila Coqueiro	6	6
C. S Maria de Lourdes	2	2
C.S. José Frazão	11	10
TOTAL	71	60