

Perfil e autoavaliação de saúde de agentes comunitários em um município do sul do Brasil

Profile and self-assessment of health among community workers in a municipality in southern Brazil

Perfil y autoevaluación de la salud de los agentes comunitarios en un municipio del sur de Brasil

Ana Flávia Gonçalves¹, Danubya Marques de Deus², Samantha dos Santos³, Gabrielle Medeiros Bertolo⁴

Como citar este artigo: Perfil e autoavaliação de saúde de agentes comunitários em um município do sul do Brasil. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2025 [acesso:_____]; 15(1):e20257378. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v15i1.7378>

Resumo

Objetivo: Avaliar o perfil sociodemográfico, ocupacional e autoavaliação de saúde de Agentes Comunitários de Saúde de um município da região sul do Brasil. **Métodos:** Tratou-se de uma pesquisa descritiva, transversal e quantitativa conduzida entre os meses de junho a dezembro de 2023, junto a 264 profissionais atuantes na área urbana de Ponta Grossa, Paraná. Os dados foram analisados no software estatístico SPSS® 21, utilizando o teste qui-quadrado e o coeficiente de correlação de Pearson. **Resultados:** A prevalência da amostra foi do sexo feminino (100%), com média de idade de 46 anos ($\pm 8,42$), autodeclarada branca (78,88%), casada (49,69%) com ensino médio completo (63,25%). Houve correlação da autoavaliação de saúde entre as seguintes variáveis: diabetes mellitus ($p=0,001$), hipertensão arterial sistêmica ($p=0,001$) e depressão ($p=0,017$). **Conclusão:** Conclui-se que o estudo desses trabalhadores contribui para direcionar estratégias de apoio e intervenção a essa categoria e, indiretamente, beneficia à comunidade atendida.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde; Autoavaliação; Saúde Pública.

¹ Enfermeira. Residente em Saúde Coletiva pela Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa (FMSPG). Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa. Ponta Grossa/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4848-6375>. anaflaviag048@gmail.com

² Fisioterapeuta. Residente em Saúde Coletiva pela Fundação Municipal de Ponta Grossa (FMSPG). Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa. Ponta Grossa/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6302-2245>

³ Enfermeira. Residente em Saúde Coletiva pela Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa (FMSPG). Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa. Ponta Grossa/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0475-6748>

⁴ Fisioterapeuta. Mestre em Ciências Biomédicas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa. Ponta Grossa/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7684-0135>



Abstract

Objective: To evaluate the sociodemographic, occupational profile and self-rated health of Community Health Agents in a municipality in the southern region of Brazil. **Methods:** This was a descriptive, cross-sectional and quantitative research conducted between the months of June and December 2023, with 264 professionals working in the urban area of Ponta Grossa, Paraná. Data were analyzed using SPSS® 21 statistical software, using the chi-square test and Pearson's correlation coefficient. **Results:** The prevalence of the sample was female (100%), with a mean age of 46 years (± 8.42), self-declared white (78.88%), married (49.69%) with completed secondary education (63.25%). There was a correlation between self-rated health and the following variables: diabetes mellitus ($p=0.001$), systemic arterial hypertension ($p=0.001$) and depression ($p=0.017$). **Conclusion:** It is concluded that the study of these workers contributes to directing support and intervention strategies for this category and, indirectly, benefits the community served.

Descriptors: Community Health Workers; Self-Assessment; Public Health.

Resumen

Objetivo: Evaluar el perfil sociodemográfico, ocupacional y la autoevaluación de salud de Agentes Comunitarios de Salud en un municipio de la región sur de Brasil. **Métodos:** Se trata de una investigación descriptiva, transversal y cuantitativa realizada entre los meses de junio y diciembre de 2023, con 264 profesionales que actúan en el área urbana de Ponta Grossa, Paraná. Los datos fueron analizados mediante el software estadístico SPSS® 21, utilizando la prueba de chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** La prevalencia de la muestra fue femenina (100%), con edad media de 46 años ($\pm 8,42$), blanca autodeclarada (78,88%), casada (49,69%) con educación secundaria completa (63,25%). Hubo correlación entre la salud autovalorada y las siguientes variables: diabetes mellitus ($p=0,001$), hipertensión arterial sistémica ($p=0,001$) y depresión ($p=0,017$). **Conclusión:** Se concluye que el estudio de estos trabajadores contribuye a orientar estrategias de apoyo e intervención para esta categoría e, indirectamente, beneficia a la comunidad atendida.

Descriptores: Agentes Comunitarios de Salud; Autoevaluación; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm um papel fundamental no setor público, trabalhando na atenção primária e interagindo diretamente com as comunidades brasileiras.¹ A regulamentação profissional desta categoria teve início em 1991 com a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários (PNAC) que posteriormente foi substituído pelo Programa Nacional de Agentes Comunitários (PACS), focado em ações

preventivas, especialmente voltadas para redução da mortalidade materno-infantil.² Entretanto, somente em 1997, após a incorporação do PACS ao Programa de Estratégia Saúde da Família (PSF) estes profissionais obtiveram atribuições específicas e atualmente, integram a composição mínima do modelo de atenção Estratégia Saúde da Família (ESF).¹

De acordo com dados do Ministério da Saúde em 2020, mais de 257 mil ACS estavam em plena atividade no país, sendo



que aproximadamente 11% deste contingente permanecia concentrado na região sul.³ As atribuições desses trabalhadores são abrangentes, envolvendo a promoção e vigilância em saúde por meio de um diagnóstico completo do território, condução de processos educativos em saúde, realização de visitas domiciliares, adscrição e acompanhamento de indivíduos e famílias, além do estímulo à participação social da população.⁴

No entanto, com a implementação da Portaria nº 2.356/2017 que reduziu o número mínimo de ACS de quatro para um por equipe de Saúde da Família (eSF), juntamente com o acréscimo de responsabilidades a estes trabalhadores, há o risco de comprometimento do modelo assistencial centrado na promoção, prevenção e educação em saúde, bem como no estado de saúde desses servidores.⁵

A Organização Mundial da Saúde destaca a relevância da investigação dos determinantes sociais, ressaltando a autoavaliação como um recurso valioso para monitorar as condições de saúde dos indivíduos.⁶ Essa análise, geralmente realizada por meio de uma pergunta abrangente, reflete subjetivamente a multidimensionalidade da saúde de um indivíduo e contribui para o planejamento de ações que influenciarão na redução das disparidades encontradas.⁷

Diante do exposto e considerando a importância destes servidores no Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se imprescindível aprofundar o estudo sobre o perfil desses profissionais, pois tanto o estado de saúde destes trabalhadores quanto políticas públicas direcionadas a esta categoria podem impactar diretamente a situação sanitária brasileira.

Assim sendo, o objetivo deste estudo foi avaliar o perfil sociodemográfico, ocupacional e autoavaliação de saúde de ACS de um município da região sul do Brasil e investigar a relação entre esses parâmetros.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal de caráter quantitativo realizada entre os meses de junho a dezembro de 2023 com ACS atuantes na área urbana do município de Ponta Grossa, região sul do Brasil.

Durante o período do estudo o município contava com 38 Unidades de Saúde da Família (USF) e 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 54 urbanas e 6 rurais as mesmas dispunham de 84 eSF, 5 equipes de Atenção Primária à Saúde (eAP) e 4 equipes Multiprofissionais (eMulti) registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).⁸



O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) sob o parecer CAAE nº 70638323.8.0000.0105, apreciando todos os preceitos éticos da Declaração de Helsinki e Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram instruídos sobre os benefícios e riscos da pesquisa e assinaram o TCLE previamente a coleta de dados.

A população do estudo foi formada por 264 ACS vinculados à Atenção Primária do município e o tamanho amostral foi calculado mediante fórmula de população finita com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5 pontos percentuais, perfazendo 157 profissionais. Com o propósito de ampliar a representatividade e reduzir a perda amostral foram acrescentados 8 profissionais, totalizando 161 indivíduos.

Fizeram parte do presente estudo profissionais que estiveram presentes nos momentos de coleta atuando na função de ACS por no mínimo 6 meses e assentiram participação no estudo. A seleção amostral ocorreu de forma aleatória estratificada, obedecendo aos critérios de elegibilidade propostos. Foram excluídos trabalhadores que exerciam suas atividades na zona rural do município, não preencheram integralmente o instrumento de pesquisa,

estavam afastados por licença médica ou em período de férias.

Os participantes foram recrutados em seus locais de trabalho em horários convencionados entre os gestores da USF e pesquisadores. Foram realizadas três tentativas de abordagens em cada estrato pré-selecionado. A coleta de dados se deu depois de aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados sociodemográficos, ocupacionais e autoavaliação de saúde foram mensurados a partir de questionário autoaplicável estruturado pelas pesquisadoras composto pela análise das variáveis: idade (em anos), gênero, cor/raça, escolaridade, situação conjugal, cargo prévio, ocupação concomitante a atual, local de moradia, prática de exercícios físicos, tempo de atuação como ACS, satisfação profissional, autoavaliação de saúde e doenças dos participantes.

Para a análise da avaliação de saúde, foi empregado um questionário com cinco opções de respostas divididas em dois grupos: um grupo que indicava percepção negativa, composto pelas respostas "péssimo", "ruim" e "moderado", e outro grupo que indicava percepção positiva, composto pelas respostas "bom" e "excelente". Os resultados da autoavaliação de saúde foram correlacionados com os seguintes fatores: prática de exercícios



físicos, tempo de atuação como ACS, residência na área de abrangência, diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e depressão.

Os dados foram tabulados no software Microsoft Excel 2013® e as análises foram conduzidas no software estatístico SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) 21. Para a investigação das variáveis de autoavaliação de saúde empregou-se o teste de qui-quadrado, utilizando o coeficiente de correlação de Pearson. Considerou-se p-valor $\leq 0,05$ para assumir a hipótese de que houve associação e correlação entre as variáveis estudadas.

A coleta de dados iniciou após discussão teórica e treinamento prévio da equipe de pesquisadores, a fim de que os objetivos estivessem claros evitando assim fatores de confusão. A aplicação do questionário ocorreu de forma padronizada e

após convite para participação do estudo todos os trabalhadores foram informados que sua participação era voluntária e os dados coletados seriam tratados de forma sigilosa. Por fim, foi solicitado que as respostas dadas deveriam ser atribuídas considerando a realidade no momento da pesquisa.

RESULTADOS

O presente estudo revelou hegemonia feminina na amostra, média de idade de 46 anos, de cor ou raça branca, casadas e com formação educacional completa de ensino médio ou equivalente. A minoria da amostra estudada não morava na área de abrangência, realizava outra atividade laboral e possuía menos de 5 anos de atuação na profissão. As doenças mais comuns foram: depressão, HAS e DM. As estatísticas relacionadas à investigação são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características de ACS, segundo variáveis sociodemográficas, laborais e de estilo de vida, 2023 (n=161).

Variáveis	Categorias	n(%)	Média (desvio padrão)
Idade (em anos)			46 ($\pm 8,42$)
Sexo	Feminino	161(100)	
	Masculino	0(0)	
Cor da pele	Branca	127(78,88)	
	Parda	27(16,77)	
	Preta	7(4,35)	
Nível educacional	Ensino fundamental completo	4(2,49)	
	Ensino médio incompleto	5(3,11)	
	Ensino médio completo	102(63,25)	
	Ensino superior incompleto	27(16,77)	



Estado civil	Ensino superior completo	21(13,04)
	Especialização	2(1,24)
	Solteiro (a)	31(19,25)
	Casado (a)	80(49,69)
	Vivendo como casado (a)	21(13,04)
	Divorciado (a)	23(14,29)
	Viúvo (a)	6(3,73)
Prática de exercícios físicos	Sim	55(34,16)
	Não	106(65,84)
Reside na área de abrangência	Sim	134(83,23)
	Não	27(16,77)
Possui outro emprego	Sim	29(18,01)
	Não	132(81,99)
Tempo de atuação como ACS	Menos de 1 ano	0(0)
	Entre 1 e 2 anos	0(0)
	Entre 2 e 3 anos	0(0)
	Entre 3 e 5 anos	1(0,62)
	Entre 5 e 10 anos	70(43,48)
	Entre 10 e 15 anos	49(30,43)
	Acima de 15 anos	41(25,47)
Hipertenso (a)	Sim	53(32,92)
	Não	108(67,08)
Diabético (a)	Sim	14(8,7)
	Não	147(91,3)
Depressão	Sim	54(33,54)
	Não	107(66,46)

Fonte: Autoria própria.

No que concerne à autoavaliação de saúde verificou-se relação entre e as seguintes variáveis: diabetes mellitus, HAS e depressão, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2: Correlação da autoavaliação de saúde com as variáveis analisadas.

Variáveis	p-valor
DM	0,001*
HAS	0,001*
Depressão	0,017**
Prática de exercícios físicos	0,857
Tempo de atuação como ACS	0,408
Moradia na área de abrangência	0,648

* $p \leq 0,01$. ** $p \leq 0,05$ (Teste Qui-quadrado de Pearson).

Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

Os profissionais abordados neste estudo consistiram predominantemente do sexo feminino que reforçam estatísticas previamente encontradas. A imersão feminina no mercado de trabalho no setor saúde vem sendo analisada a alguns anos, enfatizando a importância de tal público nos postos de trabalho.⁹ A eventual feminização tornou-se majoritária no ramo da economia durante a década de 70, com a participação expressiva das mulheres no mercado de trabalho, refletindo para os dias atuais.¹⁰

Houve particularidades no perfil desse público, como a introdução da mulher no mercado de trabalho no âmbito da saúde, apresentando média de idade de 46 anos, casada, a qual assume a dupla jornada de trabalho, consistindo em conciliar a carreira profissional com o trabalho doméstico além do cuidado com a família. Examinado na amostra a prática por parte de algumas profissionais o desempenho de um segundo emprego além da função de ACS,

objetivando complementar a renda salarial mensal familiar.

O elevado número de agentes que estabelecem uma família, considerando a amostra que constitui a sua totalidade feminina, pode interpretar-se como maior pressão sobre elas, além de exercer as atividades laborais ainda realizam as atividades familiares. Quanto ao estado civil, houve semelhanças com outros estudos¹¹, onde grande parte das entrevistadas se declarou casadas.

Além do exposto sobre o estado civil, pode-se observar o predomínio de profissionais ACS que se autodeclaram da raça branca, corroborando com outro estudo¹², tal dado reflete no índice nacional onde há pequena representatividade da população negra no quesito saúde, além do fator histórico da colonização de origem europeia predominante na região Sul do país, perfazendo consequência natural histórica.

Na indagação escolaridade, a maior porcentagem das participantes possuía



ensino médio completo. Constatando com tais dados um estudo apontou o predomínio da formação máxima no ensino médio completo, enfatizando o disposto na lei 13.595\2018 como requisito mínimo para o exercício da atividade profissional.¹⁰ Enquanto pequena parte da amostra possui ensino fundamental completo, fundamentando tal formação prevista na lei 11.340\2006 anterior a sua alteração, que discorria como requisito mínimo para exercer a profissão haver concluído o ensino fundamental.

Após a implementação de uma ESF¹³, um curso introdutório deve ser disponibilizado para os profissionais atuantes no estabelecimento de saúde em questão, com práticas baseadas nas diretrizes e princípios do SUS, fortalecendo o trabalho em equipe e elementos socioculturais. Torna-se necessário a constante capacitação dos ACS no âmbito das ciências humanas.

Ao analisar a autoavaliação de saúde relacionada às doenças crônicas não transmissíveis como DM e HAS, seguido do distúrbio afetivo caracterizado como depressão, notou-se uma pior avaliação do seu estado de saúde cujas respostas apontaram para o diagnóstico de tais doenças. Visto que as doenças crônicas em sua maioria são principais causadoras do adoecimento e da morbimortalidade da população, seguido da depressão que

apresenta prevalência em mulheres que pode estar associada aos agravos crônicos, e podem apresentar risco elevado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.¹⁴ A prevalência de casos de depressão no grupo profissional em questão, podem gerar prejuízos e impactos a saúde pública além de diminuir o avanço dos programas da Atenção Primária à Saúde (APS), salvo a repercussão negativa a qualidade de vida.¹⁵

A prática de exercícios físicos análogo à autoavaliação de saúde, quando indagada para as entrevistadas, não apontou correlação significativa, quanto aquelas que não praticam nenhum exercício físico em relação as que referiram praticar ao menos um exercício semanal, ao contrário de outro estudo, onde pode-se observar que a prática de exercício físico está ligada a uma melhor autoavaliação do estado de saúde.¹⁶

A atuação como ACS por um período superior a uma década, pode gerar efeitos negativos quando analisado a capacidade funcional e suas limitações emocionais e físicas, portanto, há a sugestão de que esses profissionais enfrentem condições de trabalho desfavoráveis, incluindo metas desafiadoras, o que podem ocasionar em comprometimento físico e emocional para esses trabalhadores. Sobretudo, a relação entre uma maior duração no cargo de agente de saúde e o



desempenho desfavorável de suas funções, reflete na autoavaliação de saúde quando associada ao grupo que atua há mais de 10 anos no cargo de ACS, sendo predominantemente negativa, ressalta-se que não houve correlação estatísticas significativas em tal abordagem.¹⁷

A autoavaliação de saúde em relação à moradia na área de abrangência não evidenciou correlação estatística considerável, tendo em vista a rotina de trabalho, que necessita de elementos facilitadores, como o desenvolvimento do vínculo e comunicação com as famílias. Estar inserido no mesmo território, residindo na área de abrangência, permite que o profissional desempenhe maior compreensão em relação a condições culturais, comportamentais e crenças. Entretanto esse estreito vínculo pode levar a um esgotamento emocional, visto que, em diversos momentos são solicitados pela população ademais do seu local de trabalho e horário de expediente.¹⁸

CONCLUSÃO

O perfil dos profissionais ACS abordados no estudo foi predominantemente feminino, que se autodeclararam brancas, possuindo formação no ensino médio completo, casadas, mantendo moradia na área de abrangência de suas UBS's. Atuantes na profissão entre 5 e 10 anos, não

possuindo segundo emprego como fonte de renda. O trabalho alcançou 264 profissionais atuantes na APS da zona urbana do município.

A pesquisa demonstra relevância para busca de melhorias nos ambientes de trabalho e melhor foco nas necessidades de saúde desses profissionais, porém há uma limitação no estudo, devido à metodologia escolhida para a amostragem estatística, observa a falta de oportunidade de acompanhamento por um período mais longo, que permitisse observar a evolução da condição de saúde dos ACS, o que pode vir a ser observado em um trabalho posterior.

Esse estudo pode evidenciar futuras melhorias como a implementação de novas estratégias, voltadas para condição de vida e trabalho dos ACS, ainda corrobora estatisticamente para análise no âmbito da saúde pública. Além de influenciar novas pesquisas na área abordada, visando outros modelos para coleta de dados, bem como novas metodologias em suas abordagens.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Nota Técnica N° 546/2021-CGFAP/DESF/SAPS/MS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [citado em 10 nov 2023]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/07/NT-ACS.pdf>
2. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Almeida PF. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde:



- contribuições em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021 [citado em 26 mar 2025]; 37(8):e00247820. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wtrkTyL7qTmDC4gqftX7B3N/?format=pdf&lang=pt>
3. Ministério da Saúde (Brasil). e-Gestor atenção básica. Informação e gestão da atenção básica. Histórico de cobertura dos agentes comunitários de saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [citado em 10 nov 2025]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria N° 2.436, de 22 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 10 jan 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
5. Freire DEW, Freire AR, Lucena EHG, Cavalcanti YW. A PNAB 2017 e número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2021 [citado em 26 mar 2025]; 55:85. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/S3qYTtYsxxX8KXsKvDVzhLh/?format=pdf&lang=pt>
6. World Health Organization. The social determinants of health: monitoring, research, and training. In: Commission on Social Determinants of Health, editor. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [citado em 26 mar 2025]. p. 178-91. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf?sequence=1
7. Souza JL, Alencar GP, Antunes J LF, Silva ZP. Marcadores de desigualdade na autoavaliação de saúde de adultos no Brasil, segundo sexo. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado em 26 mar 2025]; 36(5):e00230318. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n5/e00230318/pt>
8. Ministério da Saúde (Brasil). CNESNet. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Dados da mantenedora. Responsável - Ponta Grossa [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado em 10 nov 2023]. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=76175884000187&VEstado=41&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20PONTA%20GROSSA
9. Lima EFAL, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Souza MHN, Maciel ELN. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. *Rev Enferm UERJ*. [Internet]. 2016 [citado em 26 mar 2025]; 24(1):e9405. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/9405/17873>
10. Garcia ACP, Lima RCD, Lima EFA. The profile and work process of community health agents. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online)* [Internet]. 2019 [citado em 26 mar 2025]; 11(N Esp):339-344. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6553/pdf>
11. Pedraza DF, Santos I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia saúde da Família em dois municípios da Paraíba. *Interações* [Internet]. 2017 [citado em 26 mar 2025]; 18(3):97-105. Disponível em: <https://interacoesucdb.emnuvens.com.br/interacoes/article/view/1507/pdf>
12. Lino MM, Lanzoni GMM, Albuquerque GL, Schveitzer MC. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2012 [citado em 26 mar 2025]; 17(1):57-64. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26375/17568>
13. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a



organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 26 mar 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

14. Filha MMT, Junior PRBS, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalence of chronic non-communicable diseases and association with self-rated health: National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2015 [citado em 26 mar 2025]; 18(Supl 2):83-96. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2015.v18suppl2/83-96/pt>

15. Moura DCA, Leite ICG, Greco RM. Prevalência dos sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2020 [citado em 26 mar 2025]; 18(2):e0026395. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ysqwVDL8ZHw8Vn3WyQCKRXD/?format=pdf&lang=pt>

16. Fuzatto M, Oliveira A, Oliveira KR, Leal TP, Rivaroli L. Associação entre a autoavaliação da saúde, o nível de atividade física e o índice de massa corpórea em uma cidade do interior de Minas Gerais. *Rev Corpoconsciência* [Internet]. 2018 [citado em 26 mar 2025]; 22(3):16-24. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/6047/4871>

17. Santos FAAS, Sousa LP, Serra MAAO, Rocha FAC. Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2016 [citado em 26 mar 2025]; 29(2):191-7. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/BhT6ytCqfjW8mCHf4kfvfrn/?format=pdf&lang=pt>

18. Buratti J, Ambrosano G, Possobon R, Cortellazi K, Cunha I, Bulgareli J. Síndrome de burnout em agentes comunitários de saúde no interior paulista. *Psicol Saúde Doenças* [Internet]. 2022 [citado em 26 mar 2025]; 23(1):270-80. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/psd/v23n1/1645-0086-psd-23-01-270.pdf>

RECEBIDO: 12/02/24
APROVADO: 17/03/25
PUBLICADO: 07/2025

