

Avaliação da satisfação do usuário quanto a visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de uma Unidade de Saúde da Família do município de Cachoeira-BA, Brasil

Assessment of the user satisfaction regarding home visits carried out by the Community Agent of a Family Health Unit of the town of Cachoeira, Bahia, Brazil

Janiana Wagemacher Becker¹

Roberto Ferreira de Oliveira²

Abstract

The Community Health Agents (CHA) is in permanent contact with the community, being considered as a link between the community and the health services. In an attempt to evaluate the consistency of this relationship, this article sought to obtain an overview of the satisfaction of the population regarding the home visits from the community health agent. To this end, we prepared a questionnaire which was answered by 389 registered users in a Family Health Unit in the city of Cachoeira, Bahia.

The results showed that, regarding the number of home visits received, the majority is satisfied (39.1%) and a significant number of users (13.1%) are fully satisfied with the visits.

Considering the instructions received, it was observed that 46.6% of users had at least some

¹ Enfermeira. Pós-Graduanda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública das Faculdades Adventistas da Bahia. Rua do Cemitério, 130 , Capoeiruçu 44300 Cachoeira BA.

² Especialista em Saúde Pública. Mestrando em Saúde Coletiva.

degree of satisfaction, while 0.9% said it was totally dissatisfied. It was found, therefore, the need for changes regarding the performance of the duties of the agent community in order to legitimately meet the Family Health Strategy aims to accomplish.

Keywords: Community Health Agent, User Satisfaction, the Family Health Program, Assignments.

Resumo

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) está em contato permanente com a comunidade, sendo considerado como elo entre esta e os serviços de saúde. Na tentativa de avaliar a consistência dessa relação, o presente artigo buscou obter uma visão geral da satisfação da população quanto a visita domiciliar do agente comunitário de saúde. Para tal, elaborou-se um questionário que foi respondido por 389 usuários adscritos em uma Unidade de Saúde da Família no município de Cachoeira-BA.

Os resultados mostraram que em relação a quantidade de visitas domiciliares recebidas a maioria está satisfeita (39,1%) e um número significativo de usuários (13,1%) encontra-se totalmente insatisfeito com as mesmas. Considerando as orientações recebidas, observou-se que 46,6% dos usuários apresentou pelo menos algum grau de satisfação, enquanto que 0,9% afirmou estar totalmente insatisfeito.

Constatou-se, portanto, a necessidade de mudanças em relação ao desempenho das atribuições do agente comunitário, a fim de atender legitimamente ao que a Estratégia Saúde da Família se propõe realizar.

Palavras chave: Agente Comunitário de Saúde, Satisfação do Usuário, Programa Saúde da Família, Atribuições.

Introdução

O Agente Comunitário de Saúde, reconhecido como categoria profissional desde 2002¹, teve o início de suas atividades em 1987 no estado cearense, quando foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Ali desenvolviam ações básicas, como terapia de reidratação oral, vacinação, orientação para estímulo ao aleitamento materno, dentre outras ações².

A partir de 1991 o Programa se estendeu para demais estados do Nordeste e para a região Norte, recebendo a nomenclatura de Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS, onde o trabalho destes destacava-se pelas ações de educação em saúde, de mobilização da comunidade e de atenção ao grupo materno-infantil³. Em 1992 o Programa volta a ter sua nomenclatura original (PACS) e em 1993 as regiões Norte e Nordeste já contavam com o trabalho de 29 mil agentes comunitários em 761 de seus municípios².

No ano de 1994, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial de saúde, substituindo o modelo hospitalocêntrico vigente até o momento, foi implantado, no território brasileiro, o Programa Saúde da Família. Após sua implantação, o agente comunitário passou a ver-se apenas como um ser que facilita o contato entre a comunidade e o serviço de saúde, pois anteriormente sentia-se com maior autonomia sobre suas ações e agora dentro da equipe de saúde se sente limitado, o que em parte pode ocorrer, por estar sob constante supervisão do chefe da equipe, o enfermeiro^{4,5}.

Há, porém, algumas características que contribuem para o trabalho deste profissional, uma delas é que por residir em seu campo de atuação, já possui familiaridade com os valores,

costumes e linguagem da população que está sob seus cuidados, tendo assim maior capacidade de produzir uma união entre o uso de tecnologia/conhecimento em saúde e as crenças locais⁶. Fica evidente, que o agente comunitário de saúde passa a ser, então, um facilitador, um elo entre os serviços de saúde e a comunidade, capaz de identificar facilmente seus problemas, atuando no trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Entretanto, há diversos fatores que tornam desafiante o trabalho desses profissionais, dentre os quais, a dificuldade de encontrar alguns dos usuários em suas residências no momento da visita; a falta de materiais necessários para a realização de suas atividades e a desmotivação pela quantidade de atribuições que lhe são designadas em detrimento da baixa remuneração.

Dentre as atribuições deste profissional, a principal é a visita domiciliar⁷, a qual deve ocorrer mensalmente², contribuindo para a execução das demais, como por exemplo, o cadastramento da família, no qual serão coletadas informações que servirão para posterior planejamento das ações da equipe de saúde. Através da visita domiciliar poderão ainda, exercer um poder de influência maior quanto às medidas e aos comportamentos de saúde dos usuários⁸, através da identificação das necessidades ao observar a situação no domicílio e o comportamento das famílias⁹.

Cabe ao enfermeiro, na função de supervisor do agente comunitário de saúde, observar se a visita domiciliar é realizada conforme preconizado. Isso se faz necessário, pois o cumprimento insatisfatório desta atribuição poderá ocasionar um déficit no acompanhamento das famílias atendidas.

É possível, aos usuários, através da participação popular, expressar-se quanto a assistência recebida, o que é considerado importante considerando que o próprio surgimento do SUS é berço da luta em defesa dos direitos de cidadania e acesso aos serviços de saúde¹⁰.

Nota-se que a concepção de competência do usuário do Sistema Único de Saúde em avaliar se dá pelo fortalecimento do controle social no âmbito do SUS e o incentivo à participação comunitária⁸. Através do contato com as informações dos usuários, sobre a satisfação ou insatisfação e as razões para tais, há a possibilidade de promover ações que caminhem em direção à qualidade dos serviços¹¹.

A partir da segunda metade da década de 1990, os estudos de satisfação ganharam destaque e um dos motivos foi o fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação¹². No que diz respeito ao sistema de saúde é importante ressaltar que a avaliação realizada pelo usuário, além de permitir a verificação do grau de satisfação deste, contribui ainda, para a humanização do serviço e favorece medidas de adequação do atendimento que supram às expectativas deste usuário¹³.

Muitos autores afirmam que a qualidade dos serviços de saúde pode ser avaliada pela medida da satisfação do usuário¹¹. Neste intuito foi realizada uma pesquisa com os usuários de uma Unidade de Saúde da Família, em Cachoeira-BA, a qual teve como objetivo geral caracterizar a assistência prestada durante as visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde conforme a percepção dos usuários.

Materiais e Métodos

O presente estudo foi realizado no território abrangido por uma Estratégia Saúde da Família do município de Cachoeira-BA, cidade com 32.035 mil habitantes¹⁴. Essa unidade possui uma equipe de saúde formada por 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 01 dentista, 01 auxiliar de consultório dentário e 07 agentes comunitários de saúde¹⁵. A carga horária de cada profissional é de 40 horas semanais, de acordo a Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006¹⁶.

Trata-se de um estudo transversal, observacional, com a utilização de método quantitativo. O uso desse método permitiu alcançar uma amostra de usuários mais representativa da população o que dificilmente seria obtida por outras metodologias, proporcionando a vantagem de inferir os resultados observados a uma população definida no tempo e no espaço, o que não pode ser permitido em outras estratégias de estudo por não utilizar-se de uma amostra que seja representativa¹⁷.

A amostra foi aleatória e estratificada pelas diferentes microáreas de saúde, garantindo a representatividade equitativa entre as mesmas. Através da fórmula $n = \frac{Nz^2\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)pq}{d^2(N-1)+z^2\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)pq}$, utilizando intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%, chegou-se a uma amostra de 324 usuários e ao acrescentar 20% considerando as perdas, o total da amostra foi de 389 usuários entrevistados, sendo estes, representantes da família na qual está inserido. Foram utilizados como critérios para inclusão dos sujeitos o fato de residirem há mais de 06 meses na localidade, ter idade superior a 18 anos e aceitar participar da pesquisa.

A pesquisa foi realizada em domicílio, com aplicação de questionário com questões fechadas com itens sim/não, questões de múltipla escolha e questões mistas referentes a dados sociodemográficos e econômicos, aceitabilidade do ACS, a frequência e a qualidade da visita domiciliar. A coleta desses dados ocorreu no intervalo de dias de junho à agosto de 2011.

O projeto de pesquisa obedeceu à Resolução 196/96, sendo apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Adventistas da Bahia e tendo aval do Secretário Municipal de Saúde. Os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido através do qual ficaram cientes quanto aos objetivos da pesquisa.

Realizou-se um pré-teste dos questionários através de estudo piloto em um município distinto do estudado, mas com características semelhantes, com o objetivo de evitar e corrigir

possíveis falhas na formulação das questões, acrescentar novas questões e treinar os entrevistadores com o instrumento, facilitando sua aplicação.

Os dados dos questionários foram introduzidos em uma base eletrônica e posteriormente tratados com o programa estatístico SPSS 20.

Os achados foram analisados a partir da discussão do que os temas e dados suscitaram, tendo como foco e base a argumentação em vista dos objetivos e pressupostos do estudo.

Resultados e Discussão

Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico

Conforme Tabela 1, o perfil sociodemográfico dos usuários entrevistados mostra que a maioria são mulheres (74,6%). Este dado está de acordo com a maioria dos estudos realizados em serviços de saúde, nos quais a clientela feminina é sempre predominante¹⁸, o que também é explicado pelo fato das entrevistas terem sido realizadas nos domicílios, onde as mulheres são mais facilmente encontradas.

Considerando a variável faixa etária, há predomínio entre 18 a 37 anos (62%), isso já era esperado devido a faixa etária predominante da população adscrita ser de 20 a 39 anos¹⁹.

Tabela 1

Distribuição dos usuários segundo sexo, faixa etária e estado civil, Cachoeira, BA, 2011

Variáveis	nº	%
Sexo		
Feminino	290	74,6
Masculino	99	25,4
Faixa Etária (anos)		
18 a 37	241	62
38 a 57	97	24,9
58 a 77	42	10,8
78 a 97	05	1,3
Não Responderam	04	1
Estado Civil		
Solteiro	119	30,6
Casado	202	51,9
União Estável	32	8,2
Viúvo	22	5,7
Separado	12	3,1
Não Responderam	02	0,5

Fonte: O autor, 2011.

A Tabela 2 informa que a maior frequência de raça/cor é a parda (46,5%), seguida da preta (33,4%), o que se deve por ser uma localidade de grande concentração de afro-descendentes, assim como os demais municípios do estado baiano.

Tal predominância pode ser explicada por ter sido essa região, a porta de entrada dos escravos africanos durante o período colonial²⁰. Sendo uma população com baixo nível de renda, tanto individual quanto domiciliar per capita, o que pode ser observado através da pesquisa realizada onde 64% das famílias têm renda familiar mensal entre 1 a 3 salários mínimos e 20,8% possuem menos de 1 salário, tem restringido as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença²¹.

Quanto à escolaridade, 28,8% disseram ter o ensino superior incompleto, o que ocorre por ser um bairro universitário e conseqüentemente residirem considerável quantidade de estudantes nesta categoria.

Tabela 2

Distribuição dos usuários segundo raça/cor, escolaridade, área profissional e renda, Cachoeira, BA, 2011

Variáveis	n°	%
Raça/Cor		
Branca	65	16,7
Preta	130	33,4
Amarela	12	3,1
Parda	181	46,5
Indígena	01	0,3

Variáveis	n°	%
Escolaridade		
Analfabeto	12	23,1
Ens. Fundamental Incompleto	90	3,3
Ens. Fundamental Completo	13	5,9
Ens. Médio Incompleto	23	23,4
Ens. Médio Completo	91	28,8
Ens. Superior Incompleto	112	10,5
Ens. Superior Completo	41	3,1
Não Responderam	07	1,8
Área Profissional		
Saúde	13	3,3
Educação	34	8,7
Autônomo	13	3,3
Do Lar	82	21,1
Lavrador	20	5,1
Estudante	90	23,1
Aposentado	25	6,4
Desempregado	06	1,5
Outras	98	25,2
Não Responderam	08	2,1

Variáveis	n°	%
Renda Mensal (salário mínimo)		
< 1	81	20,8
1 a 3	249	64
4 a 6	39	10
7 ou mais	09	2,3
Não Responderam	11	2,8

Fonte: O autor, 2011.

Apenas 13,9% dos usuários disseram possuir plano de saúde, o que é explicado pela baixa renda mensal, configurando numa população de classe média baixa, a qual tem o sistema público como principal fonte de acesso aos serviços de saúde.

A maioria das famílias (28,8%) é composta por 03 membros, seguido de 02 (24,2%) e 04 (23,7%) membros. Entre os grupos de risco encontrados, os hipertensos se destacam com 25,5% e as crianças menores de cinco anos de idade, representando 17% da população estudada.

Em relação as demais características sociodemográficas foi possível verificar que 95,6% da população em estudo faz uso de água potável, dos quais 81% recebem abastecimento de água através da rede pública. Direito garantido conforme preconizado pela Lei Federal nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007 que estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico²².

A somatória dos que possuem moradia própria é 54,5%, enquanto que 45,2% residem em casa alugada. A maioria reside em casas com 6 cômodos (42,2%) e 30,1% possuem residência com 5 cômodos. Quanto ao destino do lixo, 89,5% participam do plano de coleta pública, e, 83% possuem fossa séptica em suas casas para depósito das fezes e urina. O

grande de número de domicílios com fossa séptica é reflexo da ausência de rede coletora para tratamento de esgoto. Na dificuldade em usufruir desse benefício, algumas famílias, depositam seus dejetos a céu aberto, o que aumenta o risco de contaminação.

Satisfação dos usuários em relação a visita do ACS

Foi possível verificar que a grande maioria, 94,3%, aceita a visita do ACS, no entanto, somente 52,4% confirmaram saber o nome do agente que atua em sua microárea. 63 usuários (16,2%) disseram não ter recebido nenhuma visita. Do total entrevistado, a maior parte (73,5%) considera seu agente comunitário uma pessoa de confiança e 76,9% afirmaram convidar o profissional a entrar em sua residência.

Sobre a relação que o usuário tem com o agente, 37% o consideram como profissional e 21,9% como conhecido. 53,5% dos entrevistados procuram o ACS quando fica doente. 55,5% se sentem à vontade em conversar com o mesmo sobre seus problemas de saúde e 43,6% falaram que ao solicitar algo do agente comunitário alcançam resolução, enquanto que 33,2% disseram não solicitar nada.

A importância da visita domiciliar do agente comunitário de saúde é considerada por 92% dos usuários, porém quanto a quantidade de visitas recebidas, 20,3% demonstraram estar muito satisfeito, 18,8% estão pouco satisfeito e 13,1%, representando 51 usuários, estão totalmente insatisfeito com a quantidade de visitas recebidas.

Ferreira et al (2009) comentam que frequentemente, as visitas domiciliares, são realizadas apenas aos grupos de riscos, como hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças, pois em determinadas semanas o ACS visita somente os hipertensos, na outra somente as crianças e na seguinte apenas gestantes e continua neste mesmo círculo durante as demais semanas²³. Nesse caso muitas famílias deixam de receber a visita mensal por não fazer parte dos grupos de riscos, o que poderá ocasionar uma assistência debilitada e conseqüentemente a

insatisfação da população. Quando foram perguntados sobre a satisfação em relação as orientações recebidas durante a visita, 26,5% disseram estar satisfeitos com as orientações recebidas e 21,1% estão pouco satisfeitos e 09%, ou seja, 35 usuários afirmaram estar totalmente insatisfeitos com as mesmas.

Ao atribuir um valor à qualidade da visita recebida pelo ACS, numa escala de 0 à 10, 22,9% atribuíram 10, seguido dos valores 7 e 5, sendo cada um deles designados por 10,3% da população entrevistada.

Há diversos trabalhos publicados que apontam a satisfação dos usuários de diferentes municípios brasileiros em relação aos serviços prestados pelos agentes comunitários de saúde, como pode ser visto na pesquisa realizada por Levy, Matos e Tomita, quando referem que as famílias pesquisadas estavam bastante satisfeitas com o trabalho destes profissionais. Nota-se que esta satisfação, na maioria dos casos, é devido a aproximação do ACS com o usuário e por ser seu mediador com a equipe de saúde²⁴.

O atendimento das necessidades dos usuários pelo profissional ACS

Entre os 389 usuários entrevistados, 178 (45,8%) disseram receber a visita do ACS mensalmente, enquanto que 36,5% disseram não receber a visita mensal. De acordo com os resultados, 68,6% dos ACS orientam o usuário a buscar a unidade de saúde caso fique doente.

Dos 133 hipertensos e diabéticos, 05 disseram não receber a visita do agente comunitário. Dos que recebem a visita, 80 afirmaram receber orientações sobre uso de remédios enquanto que 33 usuários não recebem orientações. Em relação às orientações sobre alimentação, 66 dos hipertensos e diabéticos disseram receber esse tipo de orientação, enquanto que 58 não recebem e 04 decidiram não responder esta questão.

Considerando o total de usuários entrevistados, 44% disseram receber orientações sobre higiene pessoal e dos alimentos, enquanto que a maioria (56%) tem sido privada das

informações necessárias à prevenção de algumas doenças como, por exemplo, às doenças diarreicas. O que demonstra a importância de programas educacionais que forneçam subsídios aos ACS para atuação com maior propriedade.

Principais queixas dos usuários quanto à visita do ACS

Dos 326 usuários que responderam receber a visita do agente comunitário, 96 destes mencionaram alguma queixa referente a visita do ACS.

A queixa mais freqüente (65,6%) referida pelos usuários foi a que o ACS precisa realizar a visita com mais freqüência em seus domicílios; foi possível, ainda, verificar que a falta de orientação ou orientação precária também se encontra entre as insatisfações do usuário, o que foi dito por 19,8% da população estudada.

É importante reafirmar que 63 (16,2%) dos entrevistados nunca receberam a visita do agente comunitário e dos 326 que recebem a visita, 187 recebem uma visita mensal, enquanto que 142 não recebem a visita mensalmente. Verifica-se que a quantidade de visitas domiciliares não expressam, em alguns casos, as orientações do Ministério da Saúde. Isso se torna preocupante, pois é por meio da visita domiciliar que o ACS atende de perto às necessidades da família referentes à promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Conclusão

A Organização Mundial de Saúde²⁵ preconiza como as principais características dos agentes: ser membros da comunidade em que trabalham e ser selecionados por ela, responder por suas atividades perante a comunidade, ser apoiados pelo sistema de saúde, sem tomar parte necessariamente de sua organização e receber uma formação mais breve do que a dispensada aos trabalhadores profissionais. Nota-se, porém, que frequentemente os usuários,

tendem a exigir do ACS além do que lhe é outorgado, prejudicando o melhor desempenho de suas reais funções.

Considerando os resultados obtidos, constatou-se a necessidade de mudanças em relação ao desempenho das atribuições do agente comunitário, a fim de atender legitimamente ao que a Estratégia Saúde da Família se propõe realizar.

Sugere-se ainda, ações que talvez possam potencializar o trabalho do ACS como, diminuir o número de famílias por ACS e investir em programas de educação baseados nas competências deste profissional, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, para que possam compreender realmente qual o seu papel dentro da equipe de saúde da família.

Porém, apesar disso, os ACS conquistaram espaço e credibilidade, sendo reconhecidos pela atuação adequada e facilitadora das relações entre indivíduos-famílias-comunidade e com o sistema local de saúde.

Referências

¹ Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. Identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva* 2008; 13(1):51-60.

² Silva JÁ, Dalmaso ASW. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.

³ Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Rev. Comunicação, Saúde, Educação* 2009; 13(28) jan./mar:123-135.

⁴ Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva* 2011; 16(1):349-360.

⁵ Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva* 2008; 13(1):259-268.

⁶ Maciel ELN, Vieira RCA, Milani EC, Brasil M, Fregona G & Dietze R 2008. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Caderno de Saúde Pública* 24(6):1377-1386.

⁷ Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 (2):347-355.

⁸ Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7(3):581-589.

⁹ Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(3):743-753.

¹⁰ Souza KB. *Avaliação do grau de satisfação das famílias cadastradas na ESF Nova Esperança distrito de Montes Claros - MG.* Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/53825/1/Avaliacao-do-grau-de-satisfacao-das-familias-cadastradas-na-ESF-Nova-Esperanca-distrito-de-Montes-Claros--MG/pagina1.html>>. Acesso em 11/03/2011.

¹¹ Oliveira RS, Magalhães BG, Gaspar GS, Rocha RACP, Góes PSA. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* 2009; 11(4):34-38.

¹² Esperdidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 sup, p. 303-312, 2005.

¹³ Cotta RMM, et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Rev. Scientia Medica* 2005; 15(4):227-234.

¹⁴ IBGE. *Censo Demográfico 2010*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 20/03/2011.

¹⁵ CNES. [<http://cnes.datasus.gov.br/>]. Profissionais por estabelecimento [Acesso em 20 mar 2011]. Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=2904903027058.>

¹⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS nº648/2006. Brasília 2006; 37p.

¹⁷ Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

¹⁸ Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(1):123-130.

¹⁹ SIAB. *Consolidado das famílias cadastradas em Capoeiruçu* 2010.

²⁰ Sansone L. *Negritude sem etnicidade: o local e o global nas relações raciais na produção cultural negra do Brasil*. Salvador: Edufba, Pallas; 2003.

²¹ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília 2007; 58p.

²² Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 11.445/2007. Brasília, 2007.

²³ Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB & Merhy EE 2009. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Caderno de Saúde Pública* 25(4):898-906.

²⁴ Levy FM; Matos PES; Tomita NE 2004. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Caderno de Saúde Pública* 20(1):197-203.

²⁵ Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS; 1978.