**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MILENE PIRES DE MORAES VIEIRA

**AÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA
DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA**

**SÃO PAULO
2019**

MILENE PIRES DE MORAES VIEIRA

**AÇÕES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA
DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Valéria Marli Leonello

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Vieira, Milene Pires de Moraes

Ações do agente comunitário de saúde na perspectiva da prática interprofissional colaborativa / Milene Pires de Moraes Vieira. São Paulo, 2019.

112 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Valéria Marli Leonello

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Agentes de saúde. 2. Atenção primária à saúde.
3. Competência profissional. 4. Enfermagem. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Milene Pires de Moraes Vieira

Título: Ações do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva da prática interprofissional colaborativa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Valéria Marli Leonello Instituição: EEUSP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Dedico ao meu filho
Gabriel Schohnhofer de
Moraes Vieira, meu pequeno
herói, um guerreiro desde
muito pequeno, me mostrou o
verdadeiro milagre da vida e
me ensina diariamente que
tudo é possível, em todas
dificuldades e obstáculos ele
tem sorriso pra vida e não
desistido. Minha motivação
diária.*

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pelo DOM da vida, por me proporcionar diariamente a oportunidade de ver a luz do dia. Gratidão aos meus pais pela existência, por serem exemplos de vida e de dedicação pelo incentivo para conquistar tudo que tenho.

Aos meus irmãos Matheus Moraes e Reínor Júnior pelo dom da fraternidade, a continuação do meu jeito de ser, de viver e de olhar o mundo, guardiãs das minhas melhores recordações, me apoiaram de forma direta e indireta para que pudesse chegar até aqui.

Ao meu esposo, companheiro, amigo Narciso Júnior Vieira, pai do pequeno Gabriel e da princesa Liz, aquele que foi fiel, que foi meu apoio direto em todas as etapas deste trabalho, que sabe o quanto não foi fácil chegar até aqui, desde o processo seletivo a aprovação até a conclusão deste, aquele que viu o quão longo foi esse caminho, nada fácil nem tampouco tranquilo. A você meu amor, minha eterna gratidão, obrigado pelas noites em claro, obrigado por acreditar e não me deixar desistir, você foi FUNDAMENTAL.

A minha filha Liz que desde tão pequena colaborou com a mamãe intra-utero.

A minha orientadora Valéria Marli Leonello, professora, mulher, mãe admirável, estendeu sua mão quando mais precisei, quando achei que tudo estivesse perdido, você me ofereceu suporte, se dedicou e foi minha base.

A querida Prof^a Dr^a Marina Peduzzi por me acolher inicialmente no grupo de pesquisa, pelo apoio e contribuições.

A Escola de Enfermagem da USP por me proporcionar um ensino de excelência e qualidade, ao grupo de pesquisa “Gestão e educação em saúde e enfermagem na perspectiva colaborativa interprofissional”.

A todos aqueles amigos, família que me fizeram sorrir me acalmaram no decorrer de todos esses anos em especial a minha rede de apoio ao grupo de mães que me acompanham e dividem suas vidas comigo.

Aos meus amigos Juliana e Ramon, presentes nesta jornada.

Vieira MMP. Ações do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva da prática interprofissional colaborativa [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

O Agente Comunitário em Saúde (ACS) integra a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada modelo prioritário de (re) organização da Atenção Primária em Saúde (APS) no contexto brasileiro. O ACS desenvolve suas atribuições por meio do acompanhamento de famílias adscritas a um território (microárea), realizando visitas domiciliares, de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de vigilância à saúde. O ACS está inserido no contexto da prática interprofissional colaborativa da equipe, compreendida como necessidade da colaboração de diferentes profissionais, em diferentes serviços, trabalhando em uma única direção, a fim de oferecer melhoria e qualidade no acesso aos serviços de saúde. Para fortalecer a prática interprofissional colaborativa das equipes, uma das etapas fundamentais é a identificação das competências específicas de cada profissional e uma etapa que antecede a construção das competências é a identificação das ações profissionais. **Objetivo:** Analisar as ações específicas do ACS na perspectiva da prática interprofissional colaborativa. **Metodologia:** A pesquisa utilizou dados secundários provenientes de uma investigação com abordagem quantitativa, que mapeou as ações dos profissionais que compõem as equipes da ESF no Brasil, por meio de uma análise documental para identificar as ações específicas de cada profissional da equipe da ESF. Para análise desse material secundário foram utilizados os referenciais de competência conforme definição de Zarifian (2003) e a tipologia de competências específicas, comuns e colaborativas, definidas por Barr (1998). Os resultados compõem um conjunto de ações específicas dos ACS organizadas em oito eixos, sendo eles: recuperação da saúde, promoção da saúde, prevenção, permanente, educação, documentação, gestão do cuidado, gestão do processo de trabalho e serviços e pesquisa e formação. **Resultados:** Foram analisadas 97 ações dos ACS classificadas em: recuperação de saúde (12), promoção da saúde (18), prevenção (26), educação permanente e educação continuada (0), documentação (14), gestão do cuidado (16), gestão do processo de trabalho e serviços (11), pesquisa e formação (0). Houve predomínio das ações relacionadas ao eixo de prevenção de doenças, seguidas pelas ações de promoção de saúde, gestão do cuidado e documentação. Destaca-se a ausência de ações relacionadas a pesquisa e formação. Quando comparadas à nova Política de Atenção Básica (PNAB), observa-se que há um redirecionamento das ações dos ACS, cada vez mais voltadas para questões burocráticas no interior das unidades e à ações assistenciais, relacionadas ao eixo recuperação da saúde, o que pode comprometer a proposta da ESF, pautada na integralidade e na longitudinalidade do cuidado. Há ainda preocupação com relação à limitação das visitas domiciliares pelo ACS, distanciando-se do papel estratégico da ESF relacionado à aproximação e inserção no território. **Considerações Finais:** Embora os documentos analisados tragam predominantemente as ações de prevenção, promoção e gestão do cuidado, com as mudanças no cenário da Atenção Primária em Saúde, por meio da nova PNAB, há um deslocamento das ações do ACS para atividades assistenciais e burocráticas. Estudos como este podem ajudar no sentido da clarificação dos papéis profissionais no contexto da prática interprofissional colaborativa.

PALAVRAS-CHAVE: Agentes Comunitários em Saúde, Atenção Primária a Saúde, Competência Profissional, Relações Interprofissionais.

Vieira MMP. Actions of the Community Health Agent from the perspective of collaborative interprofessional practice [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2019.

ABSTRACT

The Community Health Agent (ACS) integrates a Family Health team (ESF), with the priority model of (re) organization of Primary Health Care (PHC) in the Brazilian context. The ACS is administered through the accompaniment of families of ascribed mothers, performing home visits, health promotion actions, disease prevention and health surveillance. The ACS is part of the collaborative interprofessional practice of the team, understood the need for collaboration in different areas, different services, working in a single direction, the end of offer quality improvement and access to health services. A research on women's collaborative skills, one of the fundamental stages is the identification of specific skills of each professional and a stage that precedes the formation of competencies in professional actions. **Objective:** To analyze the specific actions of ACS in the perspective of collaborative interprofessional practice. **Methodology:** The research used research data with the quantitative source, which mapped the actions of all the professionals that compose the FHT in Brazil, through a documentary analysis for the specific actions of each of the FHS professionals. The analysis of material reference in the public related to Zarifian (2003) and the typology of suplications specific, common and collaboratives, defined by Barr (1998). The results are a set of specific actions of the CHA organized in eight stages: health recovery, health promotion, prevention, permanent, education, documentation, care management, work process management and services and research and training. Results: A total of 97 CHA actions were classified as health recovery (12), health promotion (18), prevention (26), continuing education and continuing education (0), documentation (14), care management, work process management and services (11), research and training (0). There was a predominance of actions related to the axis of disease prevention, followed by actions of health promotion, care management and documentation. The lack of actions related to research and training stands out. When compared to the new Basic Attention Policy (BANP), it is observed that there is a redirection of the actions of the CHAs, increasingly focused on bureaucratic issues inside the units and the assistance actions related to the health recovery axis, which may compromise the proposal of the ESF, based on the integrality and longitudinality of care. There is also concern regarding the limitation of home visits by the ACS, distancing itself from the strategic role of the ESF related to the approximation and insertion in the territory. **Final Considerations:** It is concluded that although the documents analyzed bring predominantly the actions of prevention, promotion and management of care, with the changes in the scenario of Primary Health Care, through the new PNAB, there is a shift from ACS actions to care activities and bureaucratic. Studies such as this can help clarify professional roles in the context of collaborative interprofessional practice.

KEY WORDS: Community Health Agents, Primary Health Care, Professional Competence, Interprofessional Relationships.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Procedimentos realizados para análise documental	28
Figura 2 - Principais Documentos para a descrição do Perfil de atribuições do ACS	33
Figura 3 - Nuvem de palavras referentes às ações dos ACS no eixo 1 - recuperação em saúde.....	36
Figura 4 - Nuvem de Palavras referentes às Ações dos ACS no Eixo 2 – Promoção da Saúde	40
Figura 5 - Nuvem de palavras referentes às Ações do ACS no Eixo 3 – Prevenção da Saúde	46
Figura 6 - Nuvem de ações do ACS referentes ao eixo 5 - Documentação	52
Figura 7 - Nuvem de palavras referentes à Ações dos ACS no Eixo 6 – Gestão do cuidado.....	56
Figura 8 - Nuvem de palavras referente às ações dos ACS no Eixo 7 – Gestão dos Processo de Trabalho e Serviços.....	60
Gráfico 1 - Distribuição das 97 ações por eixo de finalidade de atenção à saúde ...	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos para a construção das ações do ACS segundo Tipos e ano de publicação	31
Quadro 2 - Distribuição das Ações do ACS no eixo recuperação da saúde (eixo 1).	37
Quadro 3 - Distribuição das ações do ACS no eixo de Promoção da Saúde (eixo 2).	41
Quadro 4 - Distribuição das ações do ACS no eixo de Prevenção (eixo três).....	47
Quadro 5 – Distribuição das ações do ACS no eixo Documentação (eixo 5).	53
Quadro 6 - Distribuições das ações do ACS no eixo de gestão do cuidado (eixo 6)	57
Quadro 7 - Distribuição das ações do ACS no eixo Gestão do processo de trabalho e serviços (eixo 7).	61

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	–	Agentes comunitários em Saúde
AIDS	–	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	–	Atenção Primária em Saúde
CI	–	Colaboração Interprofissional
CIHC	–	Canadian Interprofessional Health Collaborative
DST	–	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	–	Educação Continuada
EP	–	Educação Permanente
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
FE	–	Formulário Eletrônico
HIV	–	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	–	Ministério da Saúde
PACS	–	Programa Agentes Comunitários em Saúde
PNAB	–	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	–	Programa Saúde da Família
RAS	–	Redes de Atenção à Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação.....	14
1 Introdução	16
2 Objetivo	25
3 METODOLOGIA.....	27
3.1 Análise Documental	27
3.2 Coleta de dados	28
3.3 Seleção de documentos.....	29
3.4 Análise dos dados	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1 DOCUMENTOS ANALISADOS	31
4.2 AÇÕES DO ACS DERIVADAS DA ANÁLISE DOCUMENTAL	34
4.2.1 Ações dos ACS referentes ao Eixo 1 – Recuperação da Saúde.....	36
4.2.2 Ações dos ACS referentes ao Eixo 2 – Promoção da Saúde.....	40
4.2.3 Ações do ACS referentes ao Eixo 3 – Prevenção da Saúde.....	46
4.2.4 Ações do ACS referentes ao Eixo 5 – Documentação	52
4.2.5 Ações do ACS referentes ao Eixo 6 – Gestão do cuidado	56
4.2.6 Ações dos ACS referente ao Eixo 7 – Gestão do Processo de Trabalho e Serviços .	60
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
6 REFERÊNCIAS	70
7 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	76
ANEXOS	79

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Como Enfermeira, meu primeiro contato com a Saúde Coletiva foi durante minha graduação, quando me apropriei das questões relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Por meio de visitas técnicas e estágios curriculares tive a oportunidade de conhecer o cotidiano das Unidades Básicas da Família (UBSs) e observar a importância do trabalho em equipe e a colaboração entre os profissionais que a compõe.

Após essa experiência, optei por especializar-me na área para me apropriar mais do assunto e com uma visão mais crítica pude perceber a fragmentação no trabalho em equipe e nas ações com outros profissionais da equipe. Como Enfermeira, compreendo que o trabalho em equipe e a colaboração profissional são essenciais para a qualidade do atendimento.

Iniciei minha participação no grupo de pesquisa “Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na perspectiva Colaborativa Interprofissional”, coordenado pelas professoras Marina Peduzzi e Valéria Marli Leonello. Em 2015, participei do projeto de pesquisa “Caracterização de competências dos profissionais de saúde da atenção básica para o trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional”. Portanto, o projeto de mestrado a seguir apresentado está vinculado a essa pesquisa, utilizando-se os dados secundários para realizar uma análise sobre as ações específicas do ACS, tendo em vista a prática interprofissional colaborativa na equipe da ESF.

Atualmente, como Enfermeira de Vigilância Epidemiológica tive a possibilidade de me aproximar do trabalho do ACS principalmente no que diz respeito às ações que devem ser compartilhadas e colaborativas, compreendendo a importância do ACS no contexto das equipes da ESF, para alcançar os princípios e diretrizes do SUS.

1. Introdução

A decorative horizontal flourish with symmetrical, swirling ends and a central leaf-like motif, positioned below the chapter title.

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa toma como objeto de estudo as ações do Agente Comunitário de Saúde (ACS), na perspectiva da prática interprofissional colaborativa (PIC).

Estudos como o de D'Amour et al. (2005, 2008) evidenciam a importância da prática colaborativa nas equipes. Essa prática relaciona-se com a necessidade da colaboração de diferentes profissionais, em diferentes serviços, trabalhando em uma única direção, a fim de oferecer melhoria e qualidade no acesso aos serviços de saúde.

A prática colaborativa interprofissional é um tema discutido internacionalmente e Zwarenstein, Goldman e Reeves (2009) afirmam que o trabalho colaborativo interprofissional estimula o desenvolvimento recíproco de habilidades e proporciona o compartilhamento de experiências e aprendizado. Ainda segundo os autores acima essa proposta de trabalho tem se mostrado bem sucedida, melhorando a comunicação e colaboração entre os profissionais, além das condições de trabalho, proporcionando ainda ferramentas para lidar com situações complexas.

A abordagem de estudos sobre a colaboração é imprescindível e segundo D'Amour et al. (2008), apesar de existirem pesquisas sobre a temática, os profissionais precisam de ferramentas conceituais para ajudá-los a desenvolver a colaboração entre si e em sistemas complexos. Para isso é necessário que profissionais de diferentes áreas e experiências estejam aptos a desenvolver práticas conjuntas, compreender e desenvolver habilidades e técnicas de qualidade para as práticas em saúde (WHO, 2010).

É importante ressaltar que a temática sobre práticas colaborativas interprofissionais é de relevância mundial, entretanto, as revisões sistemáticas de literatura com produções científicas tem sido mais presentes no Canadá, Estados Unidos e Reino Unido (Brandt et al., 2014), sendo muito pouco frequentes no Brasil.

Segundo o *Canadian Interprofessional Health Collaborative* CIHC (2010), para que a colaboração interprofissional (CI) aconteça de maneira eficaz são necessários domínios, conhecimento, habilidades, atitudes e valores, estes são considerados os principais norteadores para o sucesso da CI, na qual se destacam a comunicação interprofissional, que envolve a troca de informações de forma segura e sigilosa; o

cuidado centrado em usuários, famílias e comunidades; a troca de informações aberta e a escuta atenta, para oferecer maior qualidade no cuidado.

Uma das etapas fundamentais para a prática interprofissional colaborativa é a clarificação dos papéis dos diferentes profissionais, entendida como o reconhecimento das competências específicas, comuns e colaborativas dos profissionais que compõem a equipe. Para melhor compreensão deste assunto serão utilizados os conceitos de competências de Zarifian (2003) e as competências específicas, comuns e colaborativas definidas por Barr (1998), ajudando no entendimento dos papéis dos ACS e suas intervenções nas práticas interprofissionais colaborativas.

O conjunto de competências colaborativas foi sistematizado por Barr (1998). Para o autor, as competências profissionais comuns relacionam-se às ações comuns para todas as áreas profissionais; as competências profissionais complementares ou específicas são aquelas relativas às ações específicas de cada profissional, e as competências profissionais colaborativas são as competências que cada profissional pode exercer em articulação com outra área profissional.

O campo de discussão acerca das competências foi vastamente discutido no âmbito acadêmico e posteriormente no âmbito do trabalho, porém, apesar das inúmeras definições a competência no âmbito do trabalho teve um destaque na década de 80 com a crise estrutural do capitalismo devido, entre outros fatores, aos avanços tecnológicos e flexibilização da força de trabalho. Houve também o esgotamento do padrão taylorista/fordista, e é nesse ambiente que o modelo de competência surge de forma bastante explícita (Deluiz, 2001; Zarifian, 2003).

Nessa época, a definição de competência aparece como uma visão mais atrelada à responsabilização local por determinada situação em que é necessária a tomada de decisão adequada em curto período. Neste momento, o termo competências diz respeito somente a questões operacionais e não a questões relacionadas a recursos humanos (Zarifian, 2003).

Estudos brasileiros como o de Deluiz (2001) indicam a existência de diversos modelos acerca do conceito de competência para o universo do trabalho. A autora descreve quatro matrizes teórico-conceituais para essa caracterização: matriz condutivista, funcionalista, construtivista e crítico-emancipatória.

A matriz condutivista é fundamentada na psicologia comportamental, determinando as atividades de certo posto de trabalho a partir da observação dos profissionais (Deluiz, 2001; Lima, 2005).

A matriz funcionalista trata de uma análise holística do sistema (tecnologia, relações sociais entre outras). A análise do processo de trabalho é feita estabelecendo uma relação entre problemas e resultados, assim as competências são deduzidas das relações entre resultados e habilidades, e conhecimentos e atitudes dos trabalhadores. Tanto a matriz condutivista quanto a matriz funcionalista associam-se às demandas do mercado e referem-se à descrição de funções ou tarefas (Deluiz, 2001).

A matriz construtivista foca no desenvolvimento das tarefas pelo trabalhador, porém, identifica a relação entre atividades de trabalho e o conhecimento adquirido, abrangendo a relação das competências profissionais e seu processo de construção (Deluiz, 2001; Lima, 2005).

Por fim, a matriz crítico-emancipatória descreve a construção das competências como um processo multifacetado compreendendo desde aspectos cognitivos até socioculturais, considerando o histórico pessoal e profissional do sujeito bem como seu espaço de aprendizagem e classe social (Deluiz, 2001; Lima, 2005).

As competências no trabalho se dão de acordo com as condições ofertadas no meio, determinando assim quais competências executadas (Kawata et al., 2013; Zarifian, 2003). O desenvolvimento de competências se dá coletivamente, portanto, é necessário a troca de experiências e práticas coletivas no trabalho, não se limitando à descrição de tarefas (Deluiz, 2001; Hager, Gonczi, 1996).

Zarifian (2003, p.137) define competência como “a tomada de iniciativa e responsabilidade do indivíduo em situações profissionais” as quais ele se depara. Para o autor a competência está relacionada às necessidades do profissional mobilizar três aspectos importantes: a iniciativa, a responsabilidade e a autonomia.

A iniciativa se dá desde o momento que o profissional realiza um julgamento frente a uma situação, sendo necessário conhecimento, inteligência e prática. Dessa forma, a partir do momento que este profissional faz o julgamento frente a situação apresentada é avaliado por terceiros por meio de sua iniciativa. Já a responsabilidade é definida como a resposta frente a execução de suas atividades, ou seja, como ele

irá desenvolver sua atribuição. A autonomia é a possibilidade de decidir se ele irá ou não ter iniciativa dentro de seu campo de responsabilidade (Zarifian, 2003).

Zarifian (2003) também define a necessidade de construir competências a partir de alguns passos, sendo um deles a identificação das ações realizadas pelos profissionais em seus contextos de trabalho. Nesse sentido, a identificação e análise de ações é uma etapa que precede a construção das competências por este motivo, esse referencial de competência foi utilizado no estudo das ações dos ACS.

Inicialmente, a inserção do ACS na equipe da ESF foi considerada um modelo inovador de assistência, visto que esse profissional desenvolve suas ações por meio de uma visão holística em relação à coletividade, ou seja, é por meio diálogo entre os profissionais que compõe a ESF que são desenvolvidas as ações em saúde realizadas pelo ACS (Bender et al., 2016).

A APS é considerada a porta preferencial de acesso aos usuários aos serviços de saúde, constituindo-se um nível de atenção essencial no (re) ordenamento do sistema de saúde. Este modelo tem ganhado importância não só no Brasil, mas no mundo todo, pois, representa uma estratégia para fortalecer o acesso da população aos serviços de saúde, por meio do atendimento das necessidades de saúde dos sujeitos, famílias, grupos sociais e coletividades. Constitui um nível de atenção direcionado a atender os problemas de saúde, estabelecendo ações e serviços com os demais níveis de atenção à saúde (Giovanella et al., 2009; Aquino et al., 2014).

No Brasil, a estruturação, organização e os avanços da APS aconteceram com grande impacto, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que atribuiu à APS a capacidade de oferecer mais efetividade à atenção à saúde do usuário e da população, em especial a partir da inserção da Saúde da Família como estratégia de reorganização do sistema (Brasil, 2012, Giovanella et al., 2009). Nessa perspectiva, a APS tem se destacado como eixo de comunicação, a partir da estruturação da Redes de Atenção à Saúde (RAS), que torna os serviços de saúde integrados e oferece condições adequadas ao acesso, por meio do trabalho em equipe e a integralidade da atenção à saúde (Lavras, 2011).

A RAS redefine os papéis de diversos serviços de saúde que atuam por um objetivo comum e por uma ação colaborativa e interdependente que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população. Rodrigues et al. (2014) observaram que a APS possui uma alta capacidade de resolubilidade frente aos

problemas de saúde, com uma relação custo-efetividade positiva no que diz respeito à organização do trabalho, alocação de recursos e atendimento às necessidades de saúde.

A APS ganhou mais força com a implantação do SUS e subsequente criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que em março de 2006 passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), deixando de ser um programa, com a ideia de um plano pronto para ser executado, para ser compreendido como uma estratégia com objetivo de reorganizar os serviços de APS no SUS (Brasil, 2006).

A ESF tem o importante papel de reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, fundamentando-se em uma proposta com dimensões técnicas, política e gerencial. (Brasil, 2012). É definida como uma unidade pública ambulatorial destinada a realizar dentro das especialidades básicas, um atendimento assistencial contínuo, atendendo os princípios e diretrizes, garantindo a integralidade nos serviços além de realizar a territorialização por meio de uma equipe multiprofissional (Aquino et al., 2014, p 359).

Segundo dados atualizados do Ministério da Saúde, as ESF resolvem em torno de 80% dos problemas de saúde da população, sendo ainda responsáveis pelos encaminhamentos nos casos que requerem cuidados mais complexos (Brasil, 2017).

Um importante avanço ocorreu na integralidade dos serviços de saúde, que compreende o conjunto de abordagens e ações desenvolvidas para saúde dos usuários, famílias e o contexto em que estão inseridos, havendo uma reestruturação em relação às práticas de saúde, com vistas à superação da fragmentação das ações.

A ESF considera a família e seu espaço social como núcleos básicos para o desenvolvimento de suas ações, não se limitando a realizar suas atividades e atendimentos apenas nas dependências das unidades, mas sim na unidade domiciliar e no território, por demandas programadas ou espontâneas. Dessa forma, a ESF realiza uma inversão dos papéis no que diz respeito à oferta e procura de serviços, com objetivo de realizar a busca ativa dos usuários e atuando preventivamente. Suas ações buscam estimular a comunidade a participar de discussões acerca dos problemas de saúde, por meio de grupos e associações de moradores, buscando ativamente alternativas para resolução dos problemas identificados (Brasil, 1997).

Para a consolidação da ESF, o governo contou com apoio de diferentes programas e equipes profissionais entre eles o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), anterior a ESF. O PACS forneceu subsídios fundamentais para ações de intervenções sobre todo o território, na perspectiva de práticas de saúde direcionadas à família e não apenas ao indivíduo, e a realização de ações preventivas viabilizando o melhor acesso da comunidade aos serviços de saúde, priorizando a integralidade das ações nos serviços (Aquino et al., 2014).

Atualmente, uma equipe de ESF é composta minimamente por ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliares ou técnicos de saúde bucal e por um médico (Brasil, 2017).

De acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, cada ACS deve realizar suas ações previstas:

“ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas, priorizando populações de maior vulnerabilidade e de risco epidemiológico” (Brasil, 2017).

A atuação do ACS é considerada uma extensão dos serviços de saúde em determinada comunidade. Um dos requisitos para a inclusão do ACS na equipe é que ele seja morador da comunidade local, pois considera-se que já exista um envolvimento pessoal, facilitando o estabelecimento de um vínculo com a comunidade. A partir das visitas domiciliares, os ACS identificam as necessidades de saúde de usuários/famílias e grupos sociais e juntamente com a equipe da ESF são responsáveis por encontrar formas de enfrentamentos para os problemas levantados (Peres et al., 2011).

A qualificação e a regulação profissional do ACS se deram devido a sua importância no programa e a fim de fortalecer a organização das políticas públicas. Em 2002 criou-se a profissão do ACS em termos de lei, sendo revogada após quatro anos por meio da Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006 dispondo sobre as atribuições do ACS (Brasil, 2006).

Ainda segundo a lei 11.350 eram atribuições dos ACS: promoção em saúde e prevenção de doenças, visitas domiciliares e promoções de educação em saúde individual ou coletiva.

Neste mesmo período ocorreu a regulamentação da categoria por meio da promulgação da lei 11.350 (Barros, 2010), tendo sido firmadas leis que regulamentam

a profissão, relacionadas às atividades atribuídas ao ACS. O Ministério da Saúde (MS) construiu um perfil de competências para o ACS por meio da cartilha “O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde” e projetou um perfil profissional em que as ações foram direcionadas à promoção e prevenção em saúde (Santos, 2010; Brasil, 2009).

Em resumo, as competências do ACS definidas pelo Ministério da Saúde são destacadas por Santos (2010, p.77) como:

“1) Realizar a integração da equipe de saúde com a população adscrita; 2) Planejar e avaliar as ações de saúde; 3) Promoção em Saúde; 4) Prevenção e Monitoramento de risco ambiental e Sanitário; 5) Prevenção e Monitoramento a grupos específicos de Morbidades”.

No ano de 2016, foi realizada pelo congresso Nacional uma nova ratificação no projeto de Lei relacionado às atribuições do ACS. A Lei 6.437 de 2016 passou a vigorar e alterou a lei 11.35 de 2006. Inicialmente, as atribuições do ACS estavam direcionadas às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (ações educativas conforme observadas no parágrafo anterior). Com a alteração do projeto de lei, este profissional passa a atuar também de maneira assistencial, com a inclusão de ações como verificação de pressão arterial e glicemia capilar, com objetivo de *“promover a prevenção e o acompanhamento das pessoas que apresentarem risco”*. Segundo o projeto de lei, essas atividades deverão ser supervisionadas por um profissional de saúde com nível superior (Brasil, 2016 p.1).

Ainda segundo o Projeto de Lei n. 6.437 de 2016, para o exercício da atividade será exigido ensino médio e curso de formação inicial de 40 horas e curso de aprimoramento de 200 horas a cada 24 meses de atuação (Brasil, 2016, p.1).

Após a discussão do Projeto de Lei, em setembro de 2017 a Portaria nº 2.436/2017 aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica dispondo atribuições comuns a todos os profissionais da ESF bem como territorialização, mapeamento da área de abrangência, adscrição das famílias, integralidade da assistência, reuniões em equipe, discussão e planejamento das ações da equipe, realização de ações de educação em saúde e permanente, atividades de vigilância epidemiológica, promoção e mobilização da participação da comunidade dentro do serviço de saúde (Brasil, 2017). Além das atribuições comuns, cada profissional tem as ações específicas no âmbito da APS que podem formar um arranjo de ações compartilhadas que podem contribuir para o trabalho em equipe de forma colaborativa (Barr, 1998).

É nesse contexto dinâmico e em constante mudança no qual o sistema único de saúde encontra-se, que estão inscritas as ações dos ACS. Considerando-se sua importância no contexto do trabalho das equipes da ESF no contexto da prática colaborativa, é fundamental aprofundar a análise sobre as ações específicas atribuídas a esse profissional. Espera-se que a partir da clarificação do papel do ACS no contexto das equipes da ESF seja possível compreender melhor o contexto da prática interprofissional colaborativa na ESF.

Desta forma, a pergunta da pesquisa foi: quais são as ações específicas dos ACS no contexto da ESF?

Dessa forma o estudo tem como objetivo analisar as ações específicas do ACS que atuam na ESF, como passo necessário para a construção das competências profissionais.

2. Objetivo

2 OBJETIVO

Analisar as ações específicas dos ACS no contexto da ESF e na perspectiva da prática interprofissional colaborativa.

3. Metodologia

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma análise secundária de uma pesquisa exploratória e documental, intitulada “Caracterização de competências dos profissionais de saúde da atenção básica para o trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional”, que identificou o conjunto de ações específicas dos profissionais que compõem a ESF no Brasil (agentes comunitários, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares e técnicos de saúde bucal, cirurgiões dentistas, enfermeiros e médicos) (Anexo 1), coordenada pela Prof^a. Dra. Marina Peduzzi e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP nº do processo 45956515.4.0000.5392, (Anexo 1).

Foram utilizados os dados secundários provenientes dessa pesquisa, mediante autorização (Anexo 2), para aprofundar a análise das ações específicas realizadas pelos ACS, no contexto da prática interprofissional colaborativa. A análise desse material secundário justifica-se pela necessidade de aprofundar o processo de investigação das ações dos ACS no contexto da ESF. O foco da pesquisa inicial eram os profissionais de toda a equipe da ESF, portanto, fez-se necessário adensar a análise das ações específicas dos ACS, em especial, pela sua singularidade no contexto das equipes da ESF.

3.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

A pesquisa identificou ações específicas realizadas pelos ACS na ESF a partir de uma extensa análise documental, que foi posteriormente submetida a uma série de procedimentos que podem ser vistos sumariamente na figura 1 e descritos detalhadamente nos próximos itens, a fim de refinar a análise dos dados.

Figura 1 - Procedimentos realizados para análise documental

Fonte: Elaborada pelo autor.

3.2 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados se deu em 2015 por meio do levantamento de documentos das políticas de APS e da regulamentação da prática profissional do ACS. Para consulta foram utilizados os sites do Ministério da Saúde das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de São Paulo, Curitiba-PR, Guarulhos – SP, Paula Candido – MG, Campo Grande – MS e Carnaubal – CE.

A escolha pela consulta dos documentos provenientes das Secretarias refere-se ao contexto do projeto de pesquisa “Caracterização de competências dos profissionais de saúde da atenção básica para o trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional”, que contemplava de forma articulada dois objetivos: um relacionado à caracterização das competências e outro relacionado ao dimensionamento de pessoal, em que as unidades de saúde pesquisadas foram aquelas com duas ou mais equipes de ESF e avaliadas como ótima no PMAQ.

Desta forma, para análise documental, optou-se por incluir os documentos dos municípios participantes do estudo: Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de São Paulo, Curitiba-PR, Guarulhos – SP, Paula Candido – MG, Campo Grande – MS e Carnaubal – CE.

3.3 SELEÇÃO DE DOCUMENTOS

Após identificação dos documentos consultados, foram utilizadas as palavras-chave “Agentes Comunitários em Saúde” para identificar quais documentos traziam a descrição bem como ações/atribuições destes profissionais.

Na análise foram incluídos apenas documentos que mencionavam atribuições, intervenções, ações, atividades e competências dos ACS com atuação especificamente na atenção básica, e como critério de exclusão foram descartados documentos com publicação anterior a publicação atual e documentos que não discriminavam as ações por categoria.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos documentos selecionados, foi efetuada sua leitura na íntegra, a fim de identificar ações específicas (Barr, 1998) dos ACS na APS.

Inicialmente, o banco de dados contava com um total de 3.257 linhas com ações embasadas em 375 documentos, que incluíam Decretos, leis, Manuais, Portarias e Protocolos.

Com a análise foi criado um formulário eletrônico (FE) que permitiu armazenar as ações identificadas. Este novo documento continha células com variáveis que organizavam as informações e colaboraram com a limpeza do banco. As variáveis descritas para cada ação encontrada nos documentos foram: Referência do documento, ano de publicação, tipo de documento (ex. protocolo, lei, resolução, diretriz), local de publicação, conteúdo do documento, ação descrita, e categoria profissional que realiza a ação descrita.

A partir da identificação das ações do profissional, foi realizada uma análise individual desta a fim de identificar a lógica do processo de trabalho do ACS. Esta análise utilizou a classificação por oito eixos de atenção à saúde: eixo 1 - recuperação da saúde, eixo 2 - promoção da saúde, eixo 3 - prevenção, eixo 4 - educação permanente e educação continuada, eixo 5 - documentação, gestão do cuidado, gestão do processo de trabalho e serviços (Anexo 3) (Peduzzi, 2017).

Em seguida, foi padronizado o tempo verbal das ações e realizada a exclusão das ações encontradas mais de uma vez no arquivo, resultando ao final um mapa de ações específicas por categoria profissional.

A partir das ações obtidas no levantamento inicial, 491 no total, foi realizada uma segunda análise usando critérios de exclusão como duplicidades de ações, documentos mais recentes e ações com mesmo sentido. Posteriormente, construiu-se um mapa com 133 ações que representam o trabalho do ACS (anexo 6).

A partir da análise secundária, foi possível fazer uma nova etapa de reorganização das ações, com exclusão de ações repetidas e/ou muito similares, resultando no quadro final com 97 ações, classificadas de acordo com oito eixos de atenção em saúde (Peduzzi, 2017).

Para amostragem das ações foi utilizado também a ilustração das ações em nuvem, esse tipo de análise em nuvem de palavras teve o objetivo de identificar as ações mais frequentes realizadas pelo ACS, neste tipo de análise o tamanho da palavra reflete a frequência com que a ação aparece nos objetos analisados. Para realizar as nuvens utilizou-se a página online wordcloud, o conteúdo inserido a página para construção da nuvem foi a ação escrita na íntegra, a página permitiu ainda o acesso a word list com as palavras mais frequentes.

4. Resultados e Discussão

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DOCUMENTOS ANALISADOS

Para a construção do mapa de ações para os ACS (anexo 4) foram selecionados 18 documentos que estão discriminados na tabela (quadro1) e consistem em: uma Lei, um Decreto, Duas portarias, um Protocolo e 13 manuais.

Quadro 1 - Documentos para a construção das ações do ACS segundo tipos e ano de publicação

Nome do Documento	Tipo da Publicação	Ano
Decreto nº 3.189	Decreto	1999
Lei de nº 11.350	Lei	1999
Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997	Portaria	1997
Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde	Manual	2004
Manual Técnico do Envelhecimento e saúde da pessoa idosa	Manual	2006
Manual HIV/Aids, hepatites e outras DST.	Manual	2006
Manual Técnico Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.	Manual	2006
Protocolo para o desenvolvimento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Protocolo	2006
Manual de Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose	Manual	2008
O trabalho do agente comunitário de saúde	Manual	2009
Saúde na escola	Manual	2009
Manual de Vigilância em saúde: zoonoses	Manual	2009
Guia prático do agente comunitário de saúde	Manual	2009
Manual das Doenças respiratórias crônicas.	Manual	2010

Portaria nº 2.488, de 21 de outubro 2011	Portaria	2011
Manual Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.	Manual	2012
Manual Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento	Manual	2012
Manual Atenção ao pré-natal de baixo risco.	Manual	2013

Os documentos foram classificados em relação ao tipo e ao ano de publicação. No quadro 1 podem ser encontrados em ordem crescente, documentos entre os anos de 1997 e 2013 referente a decretos, leis, portarias, protocolos e manuais.

Observa-se que há um conjunto de documentos relacionados à regulação da profissão do ACS e outro relacionado a orientação para prática profissional.

Os documentos relacionados à regulação são: A portaria 1.886, que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

O decreto 3.189 corresponde às diretrizes para o exercício dos ACS, cabendo a este, no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente.

A lei 11.350, que vai ao encontro do decreto acima citado, acrescentando que essas ações devem ser realizadas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

A portaria de número 2.488, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, rerepresentando as atribuições do ACS, que vai ao encontro do decreto e da lei anteriormente citados. Na portaria também são apresentadas as atribuições para a Estratégia Saúde da Família.

Os documentos relacionados à prática profissional são constituídos por manuais técnicos, referentes a atuação profissional do ACS em torno das questões/temas relacionados à saúde. Ao todo foram analisados 13 manuais especificados por agravo, sendo eles: Manual Técnico Cânceres de Colo de útero; Atenção do Pré-Natal de baixo risco; Manual Técnico das Doenças Respiratórias

Crônicas; Envelhecimento à pessoa Idosa; HIV/AIDS hepatites e outras DST; Manual do Agente Comunitário em Saúde; Manual Técnico prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais; Manual sobre Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento; Manual Saúde na Escola; Manual de Vigilância em Saúde: Zoonoses; Manual Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose e Guia Prático do Agente Comunitário em Saúde.

Vale destacar que entre os documentos elencados para a construção do mapa de ações do ACS, há um conjunto de documentos fundamentais para a construção do perfil de atribuições do ACS: a Regulamentação da Profissão do ACS de 2002 e a Lei 11.350 com as Atribuições do ACS de 2006. Além disso, como os dados foram coletados em 2015, foi realizada uma aproximação das ações com as Políticas de Atenção Básica de 2012 e 2017 (Figura 2).

Figura 2 - Principais Documentos para a descrição do Perfil de atribuições do ACS

Fonte: Elaborada pelo autor. As ações foram agrupadas por cores, sendo que cores iguais indicam que as ações são similares entre si.

Na figura 2 destacam-se ações dentro das quatro principais referências para a construção do perfil das atribuições do ACS. A figura evidencia que apesar da mudança de documentos no decorrer dos anos, as ações permanecem semelhantes, isto é, desde a regulamentação e reformulação da categoria profissional do ACS de

2002 à 2004 até a Implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, as atividades do ACS se concentravam em promover a interação entre equipe e população, visitas domiciliares, promoção em saúde e prevenção de doenças e orientações dos serviços disponíveis.

Entretanto, observa-se também que a partir da PNAB nova (Brasil, 2017), desaparecem das ações específicas, a visita domiciliar, bem como as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, que são fortemente evidenciadas na prática profissional do ACS. Além disso, o destaque para a questão dos registros e cadastramento, que já fazem parte das atividades do ACS, como ferramenta para a territorialização e acompanhamento das famílias cadastradas em sua micro área.

4.2 AÇÕES DO ACS DERIVADAS DA ANÁLISE DOCUMENTAL

Foram identificadas e analisadas 97 Ações, classificadas de acordo com os oito eixos de atenção em saúde: recuperação de saúde (12), promoção da saúde (18), prevenção (26), educação permanente e educação continuada (0), documentação (14), gestão do cuidado (16), gestão do processo de trabalho e serviços(11), pesquisa e formação (0). (Gráfico 1)

Gráfico 1 - Distribuição das 97 ações por eixo de finalidade de atenção à saúde

De maneira geral, observa-se que há um predomínio das ações referentes ao eixo 1 – Prevenção de doenças, com 26 (27%) do total de ações analisadas. As demais ações estão divididas entre os eixos 2 - Promoção da saúde, com 18 (19%) ações, eixo 6 - Gestão do cuidado, com 16 (17%) ações, eixo 5 – Documentação com 14 (14%) das ações. As ações relacionadas ao eixo 1 – Recuperação da saúde, com 12 (12%) ações e eixo 7- Gestão do processo de trabalho e serviços, com 11(11%) ações, foram menos presentes. Destaca-se a ausência de ações nos eixos 4- Educação continuada e permanente e eixo 8 – Pesquisa e formação. A seguir apresenta-se os resultados e discussão detalhados por cada eixo de atenção.

4.2.1 Ações dos ACS referentes ao Eixo 1 – Recuperação da Saúde

Figura 3 - Nuvem de palavras referentes às ações dos ACS no eixo 1 - recuperação em saúde

O eixo 1 – eixo de Recuperação da Saúde “caracteriza se por ações desenvolvidas pelos profissionais, em contato direto com usuário assistido, frente a processos de saúde-adoecimento”. (Peduzzi, 2017, p.11) (quadro 2). As ações deste eixo têm como finalidade a recuperação da saúde.

Quadro 2 - Distribuição das Ações do ACS no eixo recuperação da saúde (eixo 1).

Ações
Coletar material para o exame de gota espessa dos pacientes sintomáticos de malária e encaminhá-lo para o profissional responsável para a leitura.
Coletar lâmina de pessoas que apresentem sinais e sintomas de malária e enviá-la ao profissional responsável
Identificar sinais de gravidade e proceder conforme rotina estabelecida pela equipe para aqueles pacientes que já realizam acompanhamento
Orientar a coleta do escarro, quando solicitado pela unidade básica de saúde
Orientar a utilização do Terapia de reidratação oral (TRO) e ou confecção do soro caseiro
Proceder à aplicação de imunotestes, conforme indicado pela equipe de saúde
Receber o resultado dos exames e providenciar o acesso ao tratamento imediato e adequado
Supervisionar o tratamento domiciliar dos pacientes e familiares com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas
Supervisionar o uso de medicamentos, quando indicado e conforme planejamento da equipe
Verificar alterações de exame preventivo de câncer de colo de útero e encaminhar a UBS
Verificar exames e testes realizados durante internação hospitalar e encaminhar à UBS
Verificar quanto a realização do teste do pezinho no RN e encaminhar as crianças menores de 45 dias que não o realizaram, por escrito, para a unidade de saúde

As 12 ações dos ACS estão direcionadas ao processo de monitoramento de situações de risco do indivíduo/coletividade. Nesse contexto são predominantes tanto as ações de orientações quanto de tratamento para doenças crônicas e infectocontagiosas, além da realização de procedimentos como coleta de materiais de doenças de interesse de saúde pública e o acompanhamento desenvolvimento das crianças. Assim, as ações do ACS visam realizar atividades voltadas às necessidades dos indivíduos/comunidade, a fim de garantir assistência de qualidade e oferecer serviços essenciais para cada necessidade.

É possível identificar que este profissional monitora o indivíduo desde a suspeita até a identificação de agravos relacionados à vigilância em saúde. As ações que apontam esse monitoramento são: coleta de lâmina para suspeitos de malária e coleta de escarro. Outra ação evidenciada no mapa e que vai ao encontro do

monitoramento é a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família. Essa ação remete a lógica de que o ACS, por meio das visitas domiciliares, realiza ações de intervenção em saúde. Esse processo favorece o processo de recuperação e oferece condições favoráveis para a atuação e tomada de decisão imediata da equipe de saúde frente a um possível processo de adoecimento.

Na construção das ações deste eixo, o ACS supervisiona tratamentos e realiza orientações. De acordo com as ações apresentadas foi possível observar que o ACS busca também oferecer serviços englobando a integralidade dos serviços prestados neste nível de atenção. Sendo assim, por meio das visitas domiciliares este profissional identifica fragilidades que podem interferir no processo de recuperação da saúde do indivíduo como baixa-adesão ao tratamento, o que possibilita reconhecer os indivíduos comprometidos com a saúde; implica também fazer uma análise das questões do relacionamento profissional da equipe de saúde com usuário, uma vez que esses indivíduos estão atravessando situações delicadas pelo processo de adoecimento, sendo fundamental para o êxito o entendimento mútuo no que diz respeito ao cuidado à saúde.

Ao analisar o conjunto das ações contidas neste eixo, chama atenção duas ações específicas que estão descritas no Manual para Profissionais de Saúde na Atenção Básica - Ações de Controle da Malária (2006) e na PNAB de 2017, são elas: “Coletar lâmina de pessoas que apresentem sinais e sintomas de malária e enviá-la ao profissional responsável” e “Coletar material para o exame de gota espessa dos pacientes sintomáticos de malária e encaminhá-lo para profissional responsável para a leitura”. Nestas publicações essas ações são tratadas exclusivamente como atribuições do Agente de Endemias e Técnico de Enfermagem, excluindo a participação do ACS de executá-las.

O ACS no exercício de suas atividades profissionais assumem uma posição dupla na comunidade, sendo ele morador da comunidade local e ao mesmo tempo integrante da equipe de saúde. Por sua vez, articula saberes e habilidades para realizar ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação em saúde, a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia dos indivíduos.

A questão do ACS em relação às ações assistenciais, referentes à recuperação da saúde é recente e também se apoia no novo texto da PNAB (2017), pois, este

profissional desde a construção do PACS em seguida com a sua inserção no Programa Saúde da Família tem sofrido modificações significativas em suas competências e atribuições. Desde 2002 não há discussões acerca de seu perfil profissional não identificando “um novo saber, um novo fazer, um novo ser, mas não especifica qual seria esse novo perfil” (Tomaz, 2002).

O autor ainda coloca que por falta de clareza de suas competências e atribuições o papel do profissional encontra-se sobrecarregado. Em 2002 foi identificado que o processo de qualificação deste profissional não tinha uma estrutura formada, o processo era fragmentado, não havia métodos educacionais críticos reflexivos afim de fortalecer o desenvolvimento de competências desse profissional, de forma que ele pudesse acompanhar o desenvolvimento do perfil profissional.

Riquinho et al. (2018), após realizar uma pesquisa no Rio Grande do Sul sobre o cotidiano do trabalho do ACS por meio de entrevistas semiestruturadas mostraram que apesar da descrição das definições das atividades do ACS, eles ainda estão em um espaço de incertezas, não sendo claras suas competências e habilidades. Esses dados vão ao encontro do estudo de Costa (2013), que encontrou um panorama parecido no ano de 2013, nos quais se buscou identificar as ações desenvolvidas pelo ACS vinculado à Saúde da Família de Montes Claros-MG.

Diante o exposto vale uma reflexão sobre o quão capacitado este profissional está para que possa realizar ações de cunho assistencial. Outro ponto importante a ser analisado está relacionado a supervisão deste profissional em atividades assistenciais.

Após as análises realizadas pelos autores acima é perceptível observar que ao longo dos anos o perfil profissional do ACS não sofreu grandes mudanças, não havendo uma valorização acerca de suas competências e atribuições, esta questão oferece uma instabilidade profissional e até mesmo uma fragilidade ao trabalho deste trabalhador. As ações assistenciais mostradas no eixo de recuperação em saúde vão ao encontro da nova proposta estabelecida para a Atenção Básica.

Nessa perspectiva é possível identificar que a prática interprofissional pode estar prejudicada, pois uma das etapas fundamentais para esta prática a clarificação dos papéis o reconhecimento das competências específicas, comuns e colaborativas dos profissionais que compõem a equipe (Barr 1998).

As “portarias nº. 958 e 959 (Brasil, 2016a, 2016b) realiza uma “alteração no anexo da nova PNAB” estipulando que: a existência do ACS não seria mais

necessária, cabendo ao gestor municipal avaliar a necessidade, esse gestor poderá então substituir esses trabalhadores por técnicos de enfermagem. Observa-se assim um retrocesso na proposta da ESF uma vez que com essa possível substituição o quadro da equipe perde a contribuição do vínculo local, possibilitado pelo ACS.

4.2.2 Ações dos ACS referentes ao Eixo 2 – Promoção da Saúde

Figura 4 - Nuvem de Palavras referentes às Ações dos ACS no Eixo 2 – Promoção da Saúde

O eixo 2 – Promoção da saúde – pode ser definido como “um conjunto de ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigido a impactar favoravelmente a qualidade de vida”. (Peduzzi, 2017,p.11).

Nesse eixo, (quadro 3), o mapa de ações da análise documental nos permitiu distribuir 18 ações. Este é um dos eixos com maior número de ações, ficando atrás apenas do eixo de prevenção.

Quadro 3- Distribuição das ações do ACS no eixo de Promoção da Saúde (eixo 2).

Ações
Auxiliar na organização dos Conselhos Locais de Saúde
Desenvolver ações de educação em saúde nas comunidades, em parceria com a equipe de trabalho
Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde
Desenvolver ações educativas sobre autocuidado em diferentes fases do ciclo da vida, sobre saúde bucal e sobre meio ambiente.
Desenvolver ações educativas, orientar e estimular a adoção de hábitos saudáveis
Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde
Estimular a participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida
Estimular a participação da comunidade nos Conselhos de Saúde
Identificar na comunidade movimentos organizados e lideranças comunitárias, suas reivindicações, propostas e atividades
Identificar recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social de usuários e famílias vulneráveis
Mobilizar a comunidade em parceria com as lideranças comunitárias e equipamentos sociais, para participação em ações de prevenção à doenças infectocontagiosas
Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores
Orientar e estimular hábitos saudáveis relacionados à saúde bucal
Orientar e estimular o aleitamento materno
Orientar e mobilizar usuários e famílias sobre autocuidado em diferentes fases do ciclo de vida
Orientar os usuários com relação aos direitos e benefícios sociais
Promover a intersetorialidade, com o apoio da equipe, com ações conjuntas com outros órgãos públicos e instituições
Promover encontros e discussões com as comunidades sobre temas específicos e relacionados às necessidades de saúde do território.

As 18 ações presentes no quadro resultaram da análise do mapa de ações contendo 97 ações do ACS e são caracterizadas por condicionantes e determinantes sociais da saúde, ou seja, as ações dos ACS visam identificar os problemas presentes em seu território, estimulando a participação da comunidade sobre práticas sociais, hábitos de vida e responsabilidade com a saúde. O profissional realiza visitas domiciliares com objetivo de monitorar situações de risco, passando em seguida a realizar também ações de promoção da saúde.

Observa-se que há dois grupos de ações, um referente às atividades de responsabilidade social e outro a atuação do ACS nos diferentes ciclos de vida.

No que se refere às atividades de responsabilidade social, o ACS realiza ações de promoção em saúde visando a participação da comunidade nos conselhos de saúde bem como outros órgãos públicos e instituições, estimulando os indivíduos a serem protagonistas e responsáveis por promover saúde juntamente com os serviços de saúde nesse nível de atenção, favorecendo a autonomia dos indivíduos e grupos sociais nesse processo.

O segundo agrupamento de ações mostra que promover saúde para o ACS é atuar nas fases do desenvolvimento; fatores relacionados com a qualidade de vida e cuidados de saúde com hábitos saudáveis, condições favoráveis de higiene de saneamento.

Considerado um elo entre a comunidade e a equipe de saúde, é possível observar por meio das suas ações que esse profissional é fundamental para o desenvolvimento das ações de promoção. Ele capta as necessidades da população adscrita, desenvolve juntamente com a equipe de saúde estratégias de promoção em saúde e a passa a orientar, estimular e promover a participação desses indivíduos no processo saúde-doença.

O autocuidado nos diferentes ciclos da vida é um tema bastante abordado assim como atenção materno-infantil, com orientação para aleitamento materno, que oferece benefícios para mãe como menor risco câncer de mama, melhor involução uterina, menor risco diabetes entre outros, e para o bebê, com cuidados acerca de doenças diarreicas, doenças aparelho respiratório entre outros.

O ACS nesse nível de atenção à saúde visa assegurar à comunidade a realização de atividades que permitam conhecer o processo saúde, apresentando a esses indivíduos fatores determinantes para a saúde, oferecendo condições

favoráveis e acesso à informação e oportunidade de melhores escolhas e melhores condições de vida.

É importante recordar que, com a implantação do programa ESF há aproximadamente 25 anos, as atividades dos ACS eram direcionadas à promoção da saúde, envolvendo atividades individuais e coletivas, o que proporcionava ao ACS proximidade com as famílias e com a comunidade. Com a criação da profissão do ACS pela Lei nº 10.507/ 2002, o seu exercício profissional reforçou os princípios da ESF, uma vez que suas ações foram pautadas por atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Diante deste contexto, os dados apresentados sobre as ações de promoção da saúde, descritas nesse eixo sugerem que essas atividades permitem que o profissional conheça a realidade da população adscrita. Além disso, as ações de promoção realizadas no território (casa a casa) proporcionam um fácil acesso aos problemas e dificuldades da comunidade.

No entanto, Riquinho et al. (2018) por meio de pesquisa realizada no município de Porto Alegre com entrevistas semiestruturadas e grupos focais, observou que “houve um distanciamento” nos últimos anos deste profissional e das pessoas da comunidade. Esses profissionais passaram a executar atividades internas na ESF como recepção, agendamento de consultas, entre outros. Essas atividades tiram o foco das ações de promoção da saúde como o acompanhamento dos grupos prioritários e famílias, ocasionando também o afastamento dos problemas locais, resultando na completa descaracterização não só do trabalho da ACS como também da própria ESF (Riquinho et al., 2018).

Ainda de acordo com o estudo, as atividades do ACS de promoção e prevenção em saúde chegaram ao “fim”, pois, foram substituídas por atividades externas dando lugar aos “atendimentos emergenciais, por meio de situações de adoecimento agudizadas”.

O que chama atenção são as mudanças das ações do ACS mencionadas pelas portarias nº. 958 e nº. 959, de maio de 2016, atualmente revogadas pela PNAB 2017, e que abrem precedentes para que esses profissionais possam ser substituídos por técnicos de enfermagem (Brasil, 2016a, 2016b).

Os resultados de promoção em saúde encontrados na literatura divergem com resultados buscados por meio da prática profissional e um dos motivos da mudança

no perfil das competências do ACS pode ocorrer devido às mudanças e dificuldades socioeconômicas e até mesmo culturais que o país tem enfrentado nos últimos anos.

Outro agravante são as alterações realizadas na nova PNAB, que não fazem referência em relação à cobertura universal, ou seja, cobertura para as visitas domiciliares. Segundo as PNABs de 2006 e 2011, o número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada com um máximo de 750 pessoas por ACS é de 12 ACS por ESF. Com a alteração na PNAB de 2017, a referência da cobertura é de 100%, porém, é restrita a certas áreas.

Segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 5)

“a cobertura é igualmente relativizada por meio da indefinição do número de ACS, uma vez que a PNAB 2017 indica que o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente”.

Ao analisar este contexto fica indefinido o número de ACS por equipes, o que flexibiliza os critérios de cobertura e pode inviabilizar o acesso à saúde de parte da população.

Em um outro estudo recente publicado em 2017 os pesquisadores mostraram por meio de uma pesquisa de campo que 90,1% dos ACS referem que sua principal atividade são as visitas domiciliares, as quais dão subsídios para execução de suas atividades de promoção e prevenção em saúde, pois as visitas são consideradas como requisitos essenciais para execução do seu trabalho. Essa informação pode indicar que talvez a distribuição das ações do ACS podem variar de acordo com a localidade que se encontram (Garcia et al., 2017).

De maneira geral, é possível identificar por meio do mapa de ações frente aos estudos analisados e a nova PNAB que há um redirecionamento das ações dos ACS, mais voltado para questões burocráticas no interior das unidades, o que pode comprometer a proposta da ESF, pautada na integralidade e na longitudinalidade do cuidado.

Segundo Zarifian (2003) para a construção das competências há alguns passos a serem seguidos, sendo um deles a identificação das ações realizadas pelos profissionais em seus contextos de trabalho. Nesse sentido, a identificação e análise de ações é uma etapa que precede a construção das competências e com as mudanças no cenário atual do perfil profissional do ACS não há uma contribuição para a clarificação dos papéis e respectivamente das suas responsabilidades profissionais

o que pode até mesmo prejudicar as demandas que ocorrem no dia-a-dia dos serviços impedindo que a prática colaborativa e o trabalho em equipe sejam realizados.

4.2.3 Ações do ACS referentes ao Eixo 3 – Prevenção da Saúde

Figura 5- Nuvem de palavras referentes às Ações do ACS no Eixo 3 – Prevenção da Saúde

O eixo de prevenção (eixo três) é compreendido por ações preventivas, ou seja, por “intervenções orientadas a fim de evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações” (Peduzzi, 2017 p.11). É o eixo com maior número de ações, em que as ações estão direcionadas para prevenção e controle de doenças

Quadro 4 - Distribuição das ações do ACS no eixo de Prevenção (eixo três).

Ações
Comunicar a UBS sobre situações de risco no território que dependam da interferência da vigilância sanitária e do poder público
Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde
Desenvolver ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e comunidade para prevenção de doenças infectocontagiosas, crônicas e outros agravos à saúde
Encaminhar casos suspeitos de doenças infectocontagiosas e contatos intradomiciliares para unidade de saúde
Esclarecer dúvidas de usuários e famílias sobre doenças infectocontagiosas
Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo
Mobilizar a comunidade em parceria com as lideranças comunitárias e equipamentos sociais, para participação em ações de prevenção à doenças infectocontagiosas
Orientar a população quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar e coletiva para doenças infectocontagiosas
Orientar a população sobre sinais e sintomas, tratamentos, riscos e formas de transmissão e prevenção de doenças crônicas
Orientar e acompanhar moradores para remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos e/ou abrigo para os animais peçonhentos
Orientar e encaminhar os comunicantes de doenças infectocontagiosas (pessoa que tem contato com o doente) à unidade básica para a consulta, diagnóstico e tratamento quando necessário.
Orientar usuários e familiares sobre a importância da vacinação para todos os ciclos de vida
Orientar usuários e familiares sobre a importância de realização de exames preventivos e diagnósticos, conforme indicação da equipe de saúde
Orientar usuários e familiares sobre a importância do destino correto do lixo
Orientar usuários e familiares sobre a prevenção de acidentes domésticos
Participar da articulação com diferentes equipamentos sociais para o desenvolvimento de orientações e campanhas específicas sobre doenças infectocontagiosas
Participar, com a equipe, do planejamento de ações para o controle de doenças infectocontagiosas

Pesar ou acompanhar o peso de todas as crianças menores de cinco anos ou até 25 Kg (capacidade da balança)
Realizar busca ativa de faltosos e aqueles que abandonaram o tratamento
Realizar busca ativa de casos suspeitos de doenças infectocontagiosas e agravos
Trocar informações com o agente de endemias para a prevenção de doenças infectocontagiosas
Utilizar espaços culturais para a veiculação de informações preventivas, ajudando no esclarecimento de dúvidas e na sensibilização da comunidade
Verificar a presença de cicatriz da BCG no braço direito do contato intradomiciliar de casos suspeitos de Tuberculose
Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança após seis meses da aplicação da vacina e se não houver, encaminhar a criança para vacinação
Verificar condições de saúde e situação vacinal dos animais domésticos
Verificar situação vacinal, e encaminhar por escrito para a unidade de saúde os casos de vacina em atraso

Observa-se no quadro 4 que, de maneira geral, as ações estão relacionadas ao controle de doenças infecto contagiosas. As ações evidenciam também uma forte presença de intervenções que visam a mobilização da comunidade a fim de que esta participe ativamente dos processos de prevenção de saúde. Nesse sentido, o ACS tem o importante papel de integrar a comunidade com a equipe de saúde, fortalecendo ainda mais as estratégias de controle e prevenção de doenças.

A participação do ACS nessas estratégias é ainda mais importante quando em contato com a população que vive em situação de vulnerabilidade. Embora o panorama geral seja de redução da morbidade e da mortalidade por doenças infecciosas, ainda persiste no Brasil um quadro com frágeis estruturas sócio ambientais que favorece o desenvolvimento de formas de manifestação dessas doenças em algumas populações.

Observa-se poucas ações voltadas às doenças crônicas. Em seguida nota-se um grupo de intervenções voltadas à imunização, divulgando juntamente com a população a importância da proteção e realizando a conscientização que doenças erradicadas que podem reaparecer. O ACS nessas situações é capaz de orientar toda a população adscrita realizando a verificação da caderneta de vacinação e a situação vacinal.

Uma vez que realizam visitas domiciliares frequentemente e mantém o controle da população, o ACS realiza ainda o acolhimento, ou seja, a inclusão da população,

construindo uma relação de confiança e compromisso, podendo estreitar laços e gerando oportunidades de orientação para a importância da vacinação. Por meio desse acolhimento o profissional é capaz de mapear população não vacinada, encaminhá-la ao serviço e criar estratégias juntamente com a equipe com a finalidade de não perder oportunidade de manter vacinas de rotina da população em dia.

As ações mostram também a importância da participação do ACS na remoção de criadouros e orientações quanto a medidas de manejo ambiental para controle de vetores, remoção de lixo e entulhos que possam se transformar em abrigo para os animais peçonhentos. Embora já discutido algumas vezes, vale a pena ressaltar que o vínculo do ACS com as famílias fortalece a mobilização da população. A participação do ACS num contexto de vigilância em saúde acerca de questões ambientais é fundamental, pois ao orientar e acompanhar a remoção de criadouros este faz o intermédio com o agente de Endemias, informando quais imóveis necessitam de apoio e atenção e da necessidade da utilização de larvicidas e/ou remoção mecânica de materiais de difícil remoção.

Ainda nesse sentido, o ACS tem a função de comunicar a UBS sobre situações de risco no território que envolvam a vigilância sanitária e poder público. Esse tipo de ação favorece o planejamento de medidas de controle vetorial juntamente com a equipe de vigilância em saúde e com agentes de combate a endemias.

Uma das atribuições do ACS definidas na Política Nacional de Atenção Básica de 2012, são as ações de prevenção em saúde. Essas ações devem acontecer por meio das visitas domiciliares individuais e coletivas, acompanhando todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.

De acordo com a portaria nº 1.886/97, com a aprovação das normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), as ações dos ACS devem ser realizadas como atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade. O documento ainda aborda que é vedado o desenvolvimento de atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde. O Decreto nº 3189/1999, a Lei nº 10.507/2002 e a Lei nº 11.350/2006, seguem os mesmos

princípios, centralizando as ações do ACS na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Como já foi dito anteriormente, as visitas domiciliares fortalecem o acolhimento e o vínculo, auxiliam na construção do diálogo e favorecem a oportunidade do profissional conhecer as necessidades das famílias, podendo assim trabalhar juntamente com a equipe na resolutividade dos problemas levantados. A visita proporciona também um cenário favorável ao desenvolvimento de atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças e ainda estimula a comunidade e as famílias a trabalhar em favor a sua própria saúde (Carli et al., 2014).

Apesar de as visitas domiciliares serem essencialmente como de caráter preventivo, estudos de Gomes et al. (2009), Baralhas, Pereira (2013) e Santos (2011) mostraram que as visitas domiciliares têm mostrado um caráter assistencialista, ou seja, pautadas no modelo de atenção biomédica, em que as ações estão restritas à assistência médica curativa individual.

Bornstein et al. (2014) observou que o trabalho educativo do ACS além da realização das ações preventivas, há também ações centralizadas na gestão do cuidado. Brigagão (2009, p. 8) apontou também as dificuldades que este profissional tem em quebrar paradigmas, seguindo

“modelo tradicional de serviços de saúde centrado na doença, sob perspectiva tecnicista biológica, focado no indivíduo e culpabilizador dele por sua situação de saúde/doença”.

Uma reflexão mais aprofundada deve ser feita acerca do trabalho do ACS neste eixo, uma vez que os trabalhos de prevenção podem ficar comprometidos ou em segundo plano, e muitas vezes não efetuados, visto que a demanda da população tem sido cada vez mais por serviços assistenciais e por medidas curativas. Isso em alguns casos pode gerar um ciclo vicioso muito prejudicial, pois quanto mais serviços assistenciais são realizados, há menos possibilidade de desenvolvimento de ações de prevenção, comprometendo a dinâmica proposta para o trabalho dos ACS. Outra justificativa plausível leva em conta ainda o aumento populacional, ou seja, território maior que o preconizado pela PNAB, gerando um aumento da demanda pelos serviços de saúde para as equipes da ESF, ocasionando consequentemente uma sobrecarga do trabalho da equipe conforme cita, Pires et al. (2016) culminando em algumas situações em déficit nas ações na diminuição da qualidade dos serviços prestados.

Desde o surgimento da categoria profissional do ACS as visitas domiciliares são essencialmente de caráter preventivo, porém, estudos de Gomes et al. (2009), Baralhas, Pereira (2013) e Santos (2011) apontaram que as visitas domiciliares têm mostrado um caráter assistencialista, conforme citado nos parágrafos anteriores, esse cenário vai ainda ao encontro das atribuições do ACS na PNAB 2017 as quais destaca que os mesmos poderão realizar atividades assistenciais após treinamento específico. É possível observar que as atribuições propostas tem um direcionamento para as ações assistências diferente dos documentos anteriores que priorizavam as ações preventivas.

4.2.4 Ações do ACS referentes ao Eixo 5 – Documentação

Figura 6 - Nuvem de ações do ACS referentes ao eixo 5 - Documentação

O eixo de documentação (eixo cinco) é composto por ações que “ envolvem a coleta, registro e notificação de dados. Inclui ainda a produção de informações necessárias para o desenvolvimento do trabalho da equipe da unidade” (Peduzzi, 2017 p.11). As ações contidas nesse eixo referem-se a informações de registros realizados pelo ACS a fim de articular a informação juntamente com a equipe. Os registros visam direcionar as intervenções que serão realizadas para os cuidados realizados com a população, bem como o levantamento de informações (Quadro 5)

Quadro 5 – Distribuição das ações do ACS no eixo Documentação (eixo 5).

Ações
Encaminhar por escrito os casos necessários à UBS
Informar por escrito ao supervisor situações de risco e agravos à saúde
Preencher a ficha de notificação dos casos de doenças infectocontagiosas ocorridos
Preencher e atualizar, no momento da visita, as fichas de cadastramento familiar (Ficha A) e fichas de acompanhamento, Fichas B (GES, HA , DIA, SM, HAN, TB e Ficha Espelho da criança.) e mantê-las atualizadas
Preencher mensalmente ficha B-GES no momento da visita domiciliar
Preencher o registro diário de visita domiciliar a caneta em todas as suas visitas domiciliares e entregá-lo ao enfermeiro.
Preencher o relato de visita domiciliar à caneta, descrevendo o que detectou na visita domiciliar, como ocorrências encontradas no domicílio, e entregá-lo ao enfermeiro supervisor
Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme seu Manual de Preenchimento específico
Registrar agravos à saúde e informar o enfermeiro
Registrar benefícios sociais recebidos pelos usuários e famílias
Registrar nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, para controle das ações de saúde
Registrar o peso corretamente no cartão da criança e no cartão espelho do ACS
Registrar se o usuário faz uso de algum equipamento assistivo (órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção)
Verificar Cartão da Gestante e copiar os dados necessários

As 14 ações envolvem a coleta, registro e notificação de dados. Inclui ainda a produção de informações necessárias para o desenvolvimento do trabalho da equipe da unidade.

A ações também dão subsídios às equipes de saúde para alimentar os sistemas nacionais de Informações como Sistema de Informação da Atenção Básica

(SIAB), Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) entre outros, bem como, subsidiar cuidados que devem ser realizados juntamente com usuários.

Como mediadores por meio das visitas domiciliares, os ACS levam as informações/dados que consideram importantes para as reuniões em equipe, informações que reportam situações de fragilidade da comunidade, diagnóstico situacional, análise e interpretação de dados, levantando os problemas e situações que requerem cuidado específico e agilidade da equipe da ESF. Essas informações posteriormente devem ser repassadas e preenchidas adequadamente no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) sob a forma de fichas. Os profissionais recebem ainda orientações e encaminhamentos na forma de avisos sobre consultas médicas e odontológicas agendadas; estabelecem comunicações sobre exames laboratoriais e demais especialidades terapêuticas; são responsáveis por efetuar convites para participação de atividades em grupo do conselho gestor local, entre outras (Justo, Gomes, Silveira, 2015; Lima, 2012).

É possível observar que a coleta de dados é uma etapa importante para construção do planejamento das atividades da ESF, bem como para a programação das ações prioritárias Lima (2012).

As fichas padronizadas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o cadastro incluem informações sobre acompanhamento domiciliar e registro diário de atividades e procedimentos. As fichas são classificadas por letras do alfabeto e consistem em quatro classificações: Ficha A, B, C e D (Lima, 2012).

Justo, Gomes e Silveira (2015) observaram que os procedimentos para registro e manutenção do programa requerem cautela. Sobre os sistemas utilizados, apontam que estes apresentam fragilidades acerca do preenchimento online dos campos, ou seja, os campos apresentados muitas vezes não comportam as ações executadas pelo profissional nas visitas domiciliares, resultando na ausência de registro de certas ações.

Além disso, segundo relatos dos ACS neste estudo, atividades como documentação consomem tempo extra e geram insatisfação profissional. Outra queixa frequente por esses profissionais é sobre a grande quantidade de papéis e fichas a serem preenchidos durante as visitas. Por fim, estes queixam-se ainda pela dificuldade

em encontrar equipamentos e salas disponíveis para que possam alimentar o sistema com os dados coletados.

Alimentar os sistemas de informação faz parte do rol de atividades que o ACS executa. O fornecimento de informações precisas aos sistemas aumenta a chance de oportunidade da continuidade e qualidade na assistência por parte da equipe. Entretanto, Machado et al. (2015) aponta que para que isso aconteça é preciso que mais investimentos sejam realizados por parte dos gestores como educação continuada e permanente acerca do preenchimento adequado das fichas. O autor ainda afirma que o processo de aprendizado deve ser voltado às suas competências, melhorando sua estrutura e evitando a fragmentação do sistema com falta de informações, o autor diz que o processo deve ser “inovador, reflexivo e crítico”.

Lima (2012) reforça o estudo acima, relatando que os ACS referem desconhecer em sua totalidade as fichas. Por trabalharem rotineiramente com as fichas A e B, estes acabam não tendo conhecimento pleno das demais fichas. Ainda nesse estudo, relatos mostraram que os ACS também têm dificuldades em nomear certas fichas, confundindo-as muitas vezes. Esses relatos apontam para condições precárias no processo de qualificação do ACS, comprometendo o desempenho adequado de suas funções.

Alonso, Béguin e Duarte (2018) realizaram uma metasíntese intitulada “Trabalho do ACS na ESF”. Um dos importantes achados deste trabalho está relacionado ao entendimento desses profissionais em relação ao uso adequado e alimentação das fichas de informações do SIAB. Os autores apontam que os mesmos encontram dificuldades para alimentar o sistema, não compreendem as terminologias, termos patológicos que fazem parte do instrumento, e ainda não conseguem identificar, nomear e descrever as fichas adequadamente.

Esse dado vai ao encontro dos estudos apresentados por Machado et al. (2015), Lima (2012), Musse et al. (2015), reforçando a necessidade e a importância da educação permanente e continuada a esses profissionais. Existe um consenso entre estudiosos da área de que os processos de educação em saúde proporcionam melhorias do cotidiano do ACS e oferecem mais qualidade e fidelidade às informações enviadas aos sistemas de informações.

É importante o conhecimento deste profissional em relação a documentação e as fichas preenchidas no cotidiano, visto que a documentação favorece atingir a finalidade proposta, a prática do planejamento em saúde. O adequado preenchimento

norteia as atividades e dá subsídios aos demais profissionais a oferecem aos usuários uma assistência de qualidade acompanhamento e monitoramento, favorecendo as ações que serão discutidas no próximo eixo, referente à gestão do cuidado.

4.2.5 Ações do ACS referentes ao Eixo 6 – Gestão do cuidado

Figura 7 - Nuvem de palavras referentes à Ações dos ACS no Eixo 6 – Gestão do cuidado

O terceiro eixo com maior número de ações é intitulado gestão do cuidado (eixo seis). Este eixo compreende “ações de elaboração, acompanhamento e avaliação do plano de cuidado individual e coletivo, segundo linhas de cuidado a partir da avaliação do contexto socioeconômico e epidemiológico” (Peduzzi, 2017 p.11) (quadro 6)

Quadro 6 - Distribuições das ações do ACS no eixo de gestão do cuidado (eixo 6)

Ações
Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço
Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a cinco anos
Acompanhar os usuários beneficiários de programas sociais
Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada sobre o acompanhamento e evolução dos casos
Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde, sempre que necessário
Monitorar a cobertura vacinal em seu território de atuação, buscando atingir meta de 100% de cobertura
Monitorar a situação de saúde dos usuários e família do território
Orientar quanto à importância do cadastro nos programas de saúde, participação em grupos, atividades e ou palestras realizadas pelos profissionais de saúde
Orientar sobre os serviços de referência e como acessá-los em situação de urgência
Orientar usuários e familiares sobre a importância do acompanhamento na unidade de saúde
Participar do diagnóstico demográfico e na definição do perfil sócio econômico da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente, da área de abrangência e na realização do levantamento das condições de saneamento básico
Planejar o cuidado e o acompanhamento dos usuários e famílias com a equipe de saúde da família, de acordo com as necessidades e realidade desses usuários/família
Realizar o mapeamento de famílias de maior risco e vulnerabilidade
Realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família
Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde
Recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados

As 16 ações descritas no quadro acima estão relacionadas ao acompanhamento e monitoramento dos usuários que pertencem aos grupos prioritários de atenção à saúde, como, gestantes, crianças de 0 a cinco anos de idade

e doenças infectocontagiosas. Além disso, é possível observar que o ACS atua também fazendo o acompanhamento de beneficiários dos programas sociais.

Este eixo ocupa grande lugar de destaque entre os demais eixos de finalidade de atenção à saúde, visto que a gestão do cuidado está presente na maior parte das ações destes profissionais. A fim de promover uma atenção integral e responsável para com a população adscrita, o cuidado deve percorrer diferentes esferas que vão desde o conhecimento da população, percepção e entendimento do contexto no qual está inserida, identificação das necessidades e problemas, até a articulação de condutas com os demais membros da equipe (KEBIAN, 2015).

Observa-se que a gestão do cuidado é um modelo importante para a organização da assistência integral. As práticas do cuidado na ESF incluem as mais variadas atividades como assistenciais, educativas e até administrativas, e novamente os ACS são fundamentais para o funcionamento desse sistema como um todo por meio das relações estabelecidas por eles (LEITE et.al., 2016).

Nesse contexto, o modo de trabalhar da ESF exige ligações entres os diversos processos de trabalho, obrigando o conhecimento sobre o trabalho dos outros profissionais e a valorização das contribuições destes na produção do cuidado (KEBIAN, 2015). O autor destaca que as reuniões periódicas em equipe com objetivo de discutir as demandas da população e situações pertinentes ao trabalho favorecem a interação entre os profissionais e articulam que o cuidado seja integral. Neste mesmo estudo, porém, o autor mostra que esse processo de interação pode estar comprometido, o que dificulta a troca de informações e sintonia entre os profissionais. Essa fragilidade pode ser resultado de relações interpessoais frágeis e até mesmo da dificuldade de reparar a fragmentação no trabalho a fim de construir uma prática interprofissional colaborativa.

Outra informação importante para a gestão do cuidado é o acolhimento e vínculo entre profissionais e a comunidade. “o acolhimento e vínculo se tornam norteadores da assistência, contribuindo para o atendimento humanizado” (LEITE et.al. 2016 p.5). As relações entre ACS e população, tão fundamentais para o funcionamento das ações propostas pela ESF, nem sempre são prontamente estabelecidas. Estudos apontam para fragilidades presentes nesses processos é a falta de interação entre as equipes, falta de domínio técnico entre os membros que

compõe a equipe e até mesmo a dificuldade em estabelecer um vínculo entre profissionais e alguns membros e/ou comunidades locais.

Além de contribuir para um atendimento mais humanizado segundo (Santos, 2018 p.9) em estudo sobre Processo de Trabalho na ESF, o acolhimento estimulam “práticas integrada marcadas pela intersetorialidade e interdisciplinaridade”.

O ACS, por sua vez, ao realizar visitas domiciliares constantes, possui mais informações acerca dos problemas e situações da população que os demais profissionais. As visitas, quando realizadas em equipe ou acompanhadas por um ou mais profissional da ESF, elas tornam-se muito mais ricas e fornecem informações mais relevantes para o desenvolvimento de práticas para o cuidado, uma vez que os saberes dos profissionais se somam, o que resulta no fortalecimento do vínculo e acolhimento (KEBIAN, 2014).

Nessa perspectiva que as ações que este eixo apresenta são fundamentais para a prática interprofissional colaborativa, pois se trata de ações articuladas que possibilitam o planejamento do cuidado dos usuários e famílias e que neste sentido, o ACS tem um papel fundamental por estar mais próximo da realidade das famílias e consegue identificar as necessidades de saúde.

É importante abordar nesse contexto as ameaças que a PNAB 2017 traz para esta categoria profissional, considerando que o planejamento para gestão do cuidado do usuário/coletividade se inicia nas visitas domiciliares. Na PNAB 2017 é possível observar no item 4.2.6 letra b que as ações dos ACS são de caráter administrativa e assistencial, ficando as visitas domiciliares em segundo plano o que pode vir a comprometer o planejamento do cuidado ponto inicial para desenvolvimento do trabalho colaborativo interprofissional.

Quadro 7 - Distribuição das ações do ACS no eixo Gestão do processo de trabalho e serviços (eixo 7).

Ações
Acompanhar enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde durante as visitas domiciliares e outras atividades realizadas na comunidade
Preencher o itinerário de trabalho (locais onde realizará as visitas domiciliares ou outras atividades na comunidade como, por exemplo, reuniões educativas e outros) para facilitar a localização do ACS caso o mesmo tenha que ser encontrado na área de abrangência)
Realizar atividade educativa fora de sua área de abrangência
Realizar pelo menos uma visita domiciliar mensal a todas as famílias da sua área de abrangência
Realizar visita fora da sequência de quarteirões na ocorrência de nascimentos, internações e /ou óbitos, relatando por escrito para o enfermeiro a ocorrência destes
Seguir uma sequência de quarteirões numerados em ordem crescente no sentido centro-bairro, para a realização da visita domiciliar
Registrar os locais no qual realizou a visita domiciliar, com horário de entrada e horário de saída no domicílio, e registro da atividade realizada
Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
Realizar visita domiciliar de acordo com a programação da equipe, usando as fichas do SIAB necessárias e mantendo-as atualizadas
Realizar o gerenciamento de insumos e equipamentos necessários para o desempenho das atividades de atenção em situação de acidente por animais peçonhentos
Identificar e conhecer o serviço de saúde bucal disponível na sua área de abrangência, para orientar às famílias sobre como ter acesso a esse serviço.

Trata-se do eixo com menor número de ações, eliminando-se os eixos 4 e 8, que não apresentaram nenhuma ação descrita. Ao analisar as ações neste eixo é possível didaticamente agrupar as ações por finalidades de organização do processo de trabalho. A primeira ação identificada no mapa refere-se à organização do trabalho e diz respeito à responsabilidade do ACS em assistir e acompanhar os profissionais da equipe da ESF nas visitas e atividades realizadas dentro da unidade. Da 2ª à 9ª ação descritas na tabela estão relacionadas com a organização e identificação do território e da área adscrita. As últimas ações da tabela fazem parte da organização de insumos, equipamentos e ambientes.

Leite et al. (2016) em uma revisão narrativa, evidenciou que diversos autores consideram o usuário/comunidade como o centro dos processos de operacionalização das políticas e ações de saúde dentro da ESF. Ainda segundo eles, essa concepção viabilizaria o aumento da cobertura, estreitaria o relacionamento entre os profissionais da ESF com a comunidade e favoreceria a escuta qualificada, para promover uma gestão diferenciada com objetivo de ofertar cuidado integral a essa população (Barreto, 2012)

Refere, ainda, que os encontros do Apoio Matricial (AM) se tornam essenciais para identificar as dificuldades que a equipe de saúde, por vezes, não consegue perceber. Para tanto, constroem soluções a partir de um planejamento de gestão participativa, em que são estabelecidas trocas de saberes entre os profissionais de diferentes serviços que estão envolvidos no cuidado ao usuário. Assim, esses aspectos se tornam importantes para o desenvolvimento de práticas de saúde, cuja maior finalidade é a construção do cuidado integral e humanizado, conforme preconiza o SUS.

Apesar do apoio matricial seja um consenso entre os pesquisadores da área de que ele possa ajudar as atividades do ACS nesse eixo, ainda são escassos estudos na literatura que comprovem sua eficiência e melhore o trabalho em questão. Sendo necessário aguardar por mais estudos nesse campo para que possa entender melhor os benefícios dessa ferramenta.

Os dois últimos eixos, eixo quatro, compreende ações de educação permanente e educação continuada: A Educação Permanente (EP) caracteriza-se pelas atividades educativas originadas no processo de trabalho da equipe de saúde com a finalidade de aperfeiçoar/qualificar o próprio processo de trabalho. Caracteriza-se pela mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores. A Educação Continuada (EC) é pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento; é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional.

Chama a atenção a ausência de ações descritas para este eixo, considerando as diversas mudanças no perfil profissional, desenvolvimento tecnológico e até mesmo no modelo de assistência, ou seja, e transformações sociais, que a estratégia propõe conforme visto nas ações dos eixos anteriores. Os conceitos de educação continuada e permanente tratam-se de conceitos policêntricos.

A educação continuada pode ser conceituada como conjunto de saberes e experiências adquiridas através de sua formação podendo estes oferecer subsídios para o trabalhador desenvolver suas competências para desenvolvê-las dentro de suas responsabilidades, a educação continuada pode ser caracterizada neste contexto como a atitude em relação a utilização dos conhecimentos adquiridos previamente (Ribeiro et al., 1996; Cunha, Mauro, 2010). Entretanto, a educação pode ser considerada toda atividade que possa causar mudanças de atitudes ou comportamentos a partir de novos conhecimentos inserindo um processo pedagógico.

Peixoto et al. (2013), coloca que, a educação continuada pode proporcionar uma interação maior entre equipes de saúde, quando trabalhada na perspectiva interprofissional.

A educação permanente (EP) segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), implantada pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004 e reformulada pela portaria GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007, pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, sendo ela realizada no dia a dia destes trabalhadores dentro das organizações.

Em 2010, em estudo realizado no Rio Grande do Sul acerca das Ações de educação permanente desenvolvidas para os ACS, Rosseto e Silva (2010) mostram que não há planejamento dentro da instituição para as equipes, de acordo com a política de educação e desenvolvimento para o SUS. Por outro lado, a EP estabelece que haja espaços que possam colaborar no diálogo entre trabalhadores e os serviços da atenção, afim de identificar as necessidades apresentadas, colaborando na execução de estratégias e de políticas no “campo da formação e desenvolvimento”, melhorando qualidade na assistência, aperfeiçoando a integralidade à saúde (Rosseto, Silva, 2010, p. 4).

Ainda segundo o autor a prática de EP se “constrói a partir dos problemas encontrados na realidade do trabalho” (Rosseto, Silva, 2010, p. 4) É necessário que o planejamento da de execução da educação esteja relacionado com os problemas que devem ser enfrentados na no cotidiano, diante desse contexto é importante que as atividades de educação permanente estejam relacionadas a partir da problematização do processo de trabalho, ou seja que se relacionem com o desenvolvimento das ações realizadas no cotidiano de trabalho e que essas possam estar articuladas com as necessidades de saúde dos usuários.

Para Junior (2018), a EP também proporciona ao profissional momentos que aguçam a promoção do conhecimento técnico, ajuda a realizar ainda um processo reflexivo das ações profissional estimulando a construção do conhecimento com a finalidade de encontrar soluções dos problemas encontrados através das visitas domiciliares. Essa visão oferece ao ACS uma compreensão detalhada em relação aos processos conceituais específicos, oferecendo mais bagagem no decorrer de sua trajetória e autonomia de escolhas.

Diante o exposto acima observa-se a importância do processo educação continuada/permanente para a prática profissional do ACS. Necessário se faz um estudo mais detalhado para identificar ainda porque diante tantos benefícios não constam na literatura ações descritas a este profissional.

Referente ao eixo oito - Pesquisa e formação: Atividades ligadas à pesquisa que envolvem o desenvolvimento e a aplicação de modelos, metodologias e instrumentos de investigação relativos às ações tanto de cuidado como de gestão, no sentido de viabilizar a compreensão/introdução/apropriação da inovação nos serviços. Atividades de ensino com estudantes de nível técnico, graduação, residência e pós-graduação não tiveram nenhuma ação descritas.

Desde a regulamentação da profissão do ACS não há exigências de ensino desde nível técnico à pós-graduação, dessa forma não foram encontradas ações neste eixo. Se comparado com outros profissionais dentro da ESF, como Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, podemos observar que esse mesmo eixo veio apresentar ações. No mapa de ações do Enfermeiro por exemplo há ações de aplicações de pesquisas e para o técnico/auxiliar de enfermagem há ações sobre acolhimento de docentes e discentes em estágios.

Diante toda a trajetória da construção do perfil do ACS desde a implantação do PACS até sua inserção da ESF mostra sua importância perante a comunidade e a equipe de saúde. Esse eixo deve ser revisto com bastante atenção pois, a profissionalização a este profissional é de suma importância, apesar de sua atuação não depender de uma capacitação técnica, a profissionalização pode trazer identidade profissional e trabalhar em prol da melhoria da qualidade na assistência (Marzari, Junges, Selli, 2011).

O perfil profissional do ACS teve o reconhecimento após 11 anos de sua atuação, conforme já dito nos capítulos anteriores a criação da profissão do ACS se deu em 2002, após este ano em 2004 foi instituída Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a fim de favorecer a formação o curso foi estruturado a ser realizado em três etapas, a primeira, sem exigência de escolaridade, com o objetivo de desenvolver o perfil social do Técnico Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS; a segunda qualificação profissional de nível técnico, exigindo conclusão do ensino fundamental e voltada à promoção da saúde e a prevenção de doenças, e a terceira etapa a habilitação técnica, exigindo a conclusão do ensino médio e com a finalidade de consolidar os temas da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário. Entretanto apenas a primeira etapa foi realizada por parte dos ACS, observa-se na literatura que a formação não teve uma continuidade (Barros, 2010). Nessa ótica é importante que estudos sejam realizados para avaliar o processo de descontinuidade na formação do ACS.

Ao analisar as ações com base em estudos da literatura, é possível observar que, há fragilidades no processo de trabalho da ESF, na estrutura organizacional, no trabalho em equipe, sobrecarga de trabalho apresentada pelos ACS, na interação dos diferentes profissionais na clarificação dos papéis destes profissionais (ACS) bem como no de cada membro da equipe.

Segundo Fertoni et.al (2015) para que se alcance a prática colaborativa interprofissional colaborativa (PIC) um dos primeiros passos a serem realizados trata-se da efetivação do trabalho em equipe.

Korner et.al (2016) mostra em seu estudo uma revisão realizada na Alemanha que, diversos fatores podem vir a influenciar a realização da PIC, entre eles estão; o perfil dos profissionais que encontram-se na equipe, a organização do processo de trabalho, ambiente de trabalho, comunicação, a integração e conhecimentos dos diferentes profissionais e a clarificação dos papéis e responsabilidades dos membros da equipe.

Outro estudo realizado recentemente no Brasil por Agreli, Peduzzi, Silva (2016) trazem que só será possível um trabalho que envolva a PIC a partir do momento em que houver organização dos serviços e que a APS vise centrar-se no usuário e nas necessidades de saúde e do território da área adscrita, e não no modelo médico centrado (biomédico).

Nessa perspectiva é possível identificar que há inúmeros fatores para a mudança do modelo de atenção à ESF conforme citado nos eixos acima a sobrecarga apresentada pelos ACS, a falta de espaço para comunicação entre as equipes, a ausência de educação permanente a este profissional, o desconhecimento de suas responsabilidades bem como a dos profissionais da equipe, corroboram para que a PIC não seja adequadamente realizada, estudos como este embasados no cenário atual do ACS visando sua prática profissional podem vir a ajudar o profissional ao reconhecimento de suas atribuições compreender melhor as atribuições de outros profissionais, colaborando com a organização do trabalho potencializando que a PIC seja realizada.

5. Considerações Finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a construção de mapa de ações do ACS a partir da análise documental, foi possível identificar que desde a implantação da categoria profissional até os atuais dias, as principais atribuições do ACS baseiam-se predominantemente em prevenção de doenças (Eixo 3) e promoção da saúde (Eixo 2).

Em síntese, observa-se que embora os documentos analisados reiterem a importância das ações prevenção de doenças e promoção da saúde, a aproximação com o novo texto proposto da PNAB (2017) mostra um contexto em que os objetivos propostos com as visitas domiciliares pelo ACS podem estar comprometidas, distanciando-se do papel estratégico estabelecido pela ESF. As visitas com cunho informativo voltam se cada vez mais para cumprimento de “ordens” e prescrições médicas e as ações do ACS, que por sua vez deveriam intervir por melhorias na comunidade, assumem um caráter mais assistencialista.

Observou-se ainda que há um conjunto de ações importantes no Eixo 1 – Recuperação da Saúde, relacionadas a dimensão da prática assistencial do ACS, ampliadas no texto da nova PNAB (2017), o que implica em novos desafios para a prática deste profissional neste eixo, como formação e supervisão. Ademais, questiona-se como serão realizadas as ações assistenciais sem o comprometimento das ações de prevenção e promoção, que são tradicionalmente atribuídas ao ACS, pela sua proximidade e vínculo com os usuários, famílias e comunidade.

No eixo 5 – Documentação foi possível observar que novas ações tem sido atribuídas ao ACS, em especial, e que estão mais distantes daqueles propostas desde o início da formulação de sua profissão. Pode-se notar isso nas atribuições do ACS na PNAB 2017, item 4.2.6 a qual delega questões burocráticas como agendamentos de consultas, e encaminhamento de prescrições médicas.

Identificou-se ainda que os sistemas são engessados tendo uma grande quantidade de dados sendo gerados, porém com dificuldades no lançamentos e interpretação dos mesmos. Maiores investimentos em educação continuada e permanente acerca dessas tarefas de alimentar o sistema de informação ajudaria a reverter a precariedade dos dados.

Referente ao Eixo 6 – Gestão do Cuidado, observou-se que as 16 ações descritas estão relacionadas ao acompanhamento e monitoramento dos usuários que pertencem aos grupos prioritários de atenção à saúde e beneficiários de programas sociais. A Gestão do Cuidado ocupa grande lugar de destaque entre os demais eixos pois está presente na maior parte das ações destes profissionais.

Com relação ao Eixo 7 – Gestão do processo de trabalho e serviços, há poucas ações descritas, sendo referentes à organização do trabalho e diz respeito à responsabilidade do ACS em assistir e acompanhar os profissionais da equipe da ESF nas visitas e atividades realizadas dentro da unidade e ações relacionadas a organização e identificação do território e da área adscrita, bem como a organização de insumos, equipamentos e ambientes.

Foi possível ainda identificar que ao longo dos anos houve uma mudança no perfil profissional do ACS, porém não foram realizadas atividades de educação permanente/continuada (Eixo 4) e pesquisa e formação (Eixo 8) a este profissional e que a insuficiência de ações voltadas neste sentido prejudicam a prática profissional.

Diante deste cenário, a identificação das ações e o reconhecimento do ACS em realizar suas atribuições e compreender as atribuições da equipe encontra-se prejudicada, implicando em executar as etapas fundamentais para o trabalho baseado na prática colaborativa interprofissional, pois, as etapas são definidas como a clarificação dos papéis dos diferentes profissionais, entendida como o reconhecimento das competências específicas, comuns e colaborativas dos profissionais que compõem a equipe.

Para melhor compreensão das atribuições do ACS no modelo de atenção à saúde, é importante dar continuidade ao trabalho, em especial considerando-se a limitação da análise documental, circunscrita aos documentos produzidos no período analisado. É fundamental investir em estudos que aprofundem a análise das ações profissionais, *in locu*, avaliando ainda o impacto da nova PNAB no contexto de trabalho do ACS bem como das equipes da ESF.

6. Referências

A decorative horizontal flourish with symmetrical, swirling, leaf-like patterns at both ends, positioned below the section header.

6 REFERÊNCIAS

Agreli HF, PeduzziM, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface (botucatu) [Internet]. 2016 [cited 2018 May 02] ; 20(59) : 905-16.

Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. Rev Saude Publica. 2018;52(14).

Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N. organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática: 1ª ed. Rio de Janeiro: Med Book; 2014. p. 353-71.

Baralhas M, Pereira MAO. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. Rev Bras Enferm. 2013;66(3):358-65.

Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. J Interprof Care.1998;12(2):181-7.

Barrêto AJR, Romera AA, Oliveira AAV, Sá LD, Almeida SA, Nogueira JA. Trabalho do apoiador matricial na Estratégia Saúde da Família. Rev RENE. 2012;13(1):166-77.

Barros DF, Barbieri AR, Ivo ML, Silva MG. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. Texto Contexto Enferm. 2010;19(1):78-84.

Bender KG, Santos CA, Dutra, BD, Alves LMS, Assunção AN, Krug SBF. Condições e modificações no processo de trabalho: concepções de Agentes Comunitários de Saúde. Revista Jovens Pesquisadores. 2016;6(2):45-59.

Bornstein VJ, Morel CM, Pereira IDF, Lopes MR. Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. Interface (Botucatu). 2014;18(Supl 2):1327-40.

Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioresco C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. J Interprof Care. 2014;28(5):393-9.

Brasil. Assembleia Legislativa. Projeto de Lei n. 6437/2016. Altera a Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006 que dispõe sobre as atribuições das profissões do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias. Brasília, 8 nov. 2016 [citado 2018 maio 03] Disponível em:

Milene Pires Moraes Vieira

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2116308>

Brasil. Lei n. 11.350 de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 6 out. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. 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). Diário Oficial da União, Brasília, 22 set. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2436, 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). Diário Oficial da União, Brasília, 22 set. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programam Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 29 mar. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 958, de 10 de maio de 2016. Altera o Anexo I da Portaria n. 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 11 maio 2016a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 959, de 10 de maio de 2016. Define o valor do incentivo de custeio referente ao acréscimo de profissionais na equipe multiprofissional – Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, 11 maio 2016b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 260. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Milene Pires Moraes Vieira

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Ações de controle da malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brigagão JIM, Gonçalves R. Oficinas de promoção de saúde: discutindo os dilemas do cotidiano de um grupo de agentes comunitárias de saúde. *Paideia*. 2009;19(44):387-93.

Canadian Interprofessional Health Collaborative - CIHC. A national interprofessional competency framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.

Carli R, Costa MC, Silva EB, Resta DG, Colomé ICS. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(3):626-32.

Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2013;18(7):2147-56.

Cunha AC, Mauro MYC. Educação continuada e a norma regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? *Rev Bras Saude Ocup*. 2010;35(122):305-13.

D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl 1):116-31.

D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):188.

Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. *Formação - humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência*. 2001;1(2):5-15.

Garcia ACP, Lima RCD, Galavote, Coelho APS, Vieira EC, Silva RC, et al. Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. *Trab Educ saúde*. 2017;15(1):283-300.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2009;14(3):783-94.

Milene Pires Moraes Vieira

Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa Saúde da Família: Reflexões estratégicas. *Saúde Soc.* 2009;18(4):744-55.

Guerra HS, Melo Júnior CAC, Frota RS. Educação continuada para agentes comunitários de saúde: uma visão acadêmica. *R Eletr Extensão.* 2018;15(28):101-7.

Hager P, Gonczi A. What is competence? *Medical Teacher.* 1996;18(1):15-8.

Justo CMP, Gomes MHA, Silveira C. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Saude Soc.* 2015;24(2):594-606.

Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB, Matumoto S, Fortuna CM. Os desempenhos da enfermeira na Saúde da Família: construindo competências para o cuidado. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(4):961-70.

Kebian LVA, Oliveira SA. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Cienc Cuid Saude.* 2015;14(1):893-900.

Korner M, Butof S, Muller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review. *J Interf Care.* 2016;30(1):15-28. DOI:10.3109/13561820.2015.1051616.Epub 2015 Dec 28.

Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude Soc.* 2011;20(4):867-74.

Leite MT, Nardino J, Hildebrandt LM, Santos AM, Martins RV. Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: revisão narrativa. *Rev Aten Saude.* 2016;14(48):106-15.

Lima AP, Correa ÁCP, Oliveira QC. Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(1):121-27.

Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface (Botucatu).* 2005;9(17):369-79.

Machado ML, Mattos KM, Colomé JS, Freitas NQ, Sangoi TP. Estratégia saúde da família: a percepção do agente comunitário de saúde, quanto a sua atuação. *Cienc Cuid Saude.* 2015;14(2):1105-12.

Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Cienc Saude Colet.* 2011;16(1):873-80.

Milene Pires Moraes Vieira

Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018;42(116):11-24.

Musse JO, Marques RS, Lopes FRL, Monteiro KS, Santos SC. Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(2):525-36.

Peres CRFB, Caldas Junior AL, Silva RF, Marin MJS. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):905-11.

Peduzzi M. Caracterização de Competências dos Profissionais de Saúde da atenção básica para o trabalho em equipe e a prática colaborativa interprofissional. São Paulo: EEUSP Observatório de recursos Humanos em Saúde, 2017. (Relatório Técnico, Carta Acordo OPAS/BR/LOA 140084.001).

Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Schere MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Cargas de trabalho da enfermagem na Saúde da Família: Implicações no acesso universal. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2016;24:e2682.

Ribeiro ECO, Motta JIJ. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. 1996;12:39-44.

Riquinho DL, Pellini TV, Ramos, DT, Silveira MR, Santos VCF. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trab Educ Saúde*. 2018;16(1):163-82.

Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(2):343-52.

Rosseto M, Silva LAA. Ações de Educação Permanente Desenvolvidas para os Agentes Comunitários de Saúde. *Cogitare Enferm*. 2010;15(4):723-9.

Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Work process in Family Health Program: the potential of subjectivity of care for reconfiguration of the care model. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(3):861-70.

Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Cienc Saude Colet*. 2011;16(1):1023-8.

Santos LPGS, Fracolli LA. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(1):76-83.

Milene Pires Moraes Vieira

Sardinha Peixoto L, Cuzatis Gonçalves L, Dutra da Costa T, Tavares CMM, Dantas Cavalcanti AC, Antunes Cortez E. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enferm Global*. 2013;12(29):324-40.

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface (Botucatu)*. 2002;6(10):84-7.

World Health Organization - WHO. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.

Zarifian P. O modelo de competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC; 2003.

Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2009;(3):CD000072.

7. Bibliografia Consultada

A decorative horizontal flourish with symmetrical, swirling lines and leaf-like motifs at both ends, positioned below the section header.

7 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Andrade VMP, Cardoso CL. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. *Psico-USF*. 2017;.22(1):87-98. -3563.

Araújo EMD, Galimberti, PA. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicol Soc*. 2013;25(2):461-8.

Barbosa RHS, Menezes CAF, David HMSL, Bornsteins VJ. Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitário (as) em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(42):751-65.

Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence*. Oxford: Blackwell, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

Brasil. Lei 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 jul. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Perfil de competências do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde- PACS. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>.

Carneiro CCG, Martins MIC. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. *Trab educ saúde*. 2015;13(1):45-66.

Carreno I, Moreschi C, Marina B, Hendges DJB, Rempel C, Oliveira MMC. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(3):947-56.

Conass. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção Progestores/Para entender a gestão do SUS. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007, v. 8

Duarte ED, Dittz ES, Madeira LM, Braga PP, Lopes CT. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. *Rev Eletr Enferm*. 2012;14(1):86-94.

Milene Pires Moraes Vieira

Gaidzinski RR, coordenadora geral. Método de dimensionamento da força de trabalho na Atenção Primária à Saúde [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). Cienc Saude Colet. 2011;16(1):231-40.

Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. Cienc Saude Colet. 2016;21(8):2537-46.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-545.

Guerra HS. Melo Júnior CAC, Frota SR. Educação Continuada para Agentes Comunitários em Saúde: Uma visão acadêmica. Florianópolis, 2018;15(28):101-7.

Maciazeki-Gomes RC, Souza CD; Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. Cienc Saude Colet. 2016;21(5):1637-46.

Nascimento EPL, Correa CRS. Agente Comunitário de Saúde: Formação, inserção e práticas. Cad Saude Publica. 2008;24(6):1304-13.

Nogueira LM. Os agentes comunitários de saúde e a política nacional de atenção básica na mira das reformas neoliberais: ataques e resistências recentes. In: Anais do 7º Seminário Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde; 2017 out. 27-29; Maceió. Maceió; 2017.

Peduzzi M. Trabalho em Equipe. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009, p. 271-8.

Anexos

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização das competências dos profissionais de saúde da atenção básica para trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional

Pesquisador: Marina Peduzzi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45956515.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.180.576

Data da Relatoria: 11/08/2015

Apresentação do Projeto:

O estudo trata das competências dos profissionais de saúde das equipes da Estratégia Saúde da família (ESF). Delineado como estudo qualitativo que utiliza como quadro teórico os conceitos de trabalho em equipe, prática e educação interprofissional colaborativa e competências profissionais, propõe-se identificar e validar competências interprofissionais com vistas a abarcar as três modalidades de competências necessárias para o trabalho em equipe e prática interprofissional: específicas, comuns e colaborativas. Os sujeitos da pesquisa são profissionais de unidades de ESF - agentes comunitários de saúde, auxiliares/técnicos de enfermagem, auxiliares/técnicos de saúde bucal, cirurgiões dentistas, enfermeiras e médicos. Será desenvolvido em três fases: 1. Análise documental (do Ministério da Saúde no que se refere às atribuições dos profissionais e consulta às regulações dos conselhos federal e regional das profissões estudadas) e de dados secundários de pesquisa anterior contendo registros de observações das intervenções e atividades realizadas por trabalhadores das equipes da ESF; 2. Construção e validação de competências específicas e comuns com a realização de oficinas de trabalho com os profissionais das unidades de ESF; e 3. Identificação de competências interprofissionais de caráter colaborativo por meio de observação direta dos profissionais atuando nas ESF e de entrevistas semi-estruturadas utilizando um roteiro guia. A amostra estimada é de 50 profissionais para oficinas de

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.180.576

trabalho, 36 para observação e entrevista, além de 20 juízes para avaliação individual e oficina de trabalho. A validação das competências será feita por dois comitês de juízes, um para as competências específicas e um para as competências comuns. O material de campo proveniente das observações e das entrevistas será analisado com base na técnica de análise temática de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

- Identificar e analisar as competências dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, com vistas a favorecer a colaboração e articulação nas equipes, unidades e rede de atenção à saúde.

Objetivos secundários:

- Identificar as atividades comuns e específicas das diferentes profissões de saúde que atuam nas equipes de atenção básica;
- Construir e validar competências comuns e específicas das diferentes profissões de saúde que atuam nas equipes de atenção básica;
- Mapear competências interprofissionais que permitem aos profissionais de saúde de atenção básica desenvolver práticas colaborativas e com articulação das ações de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Consideram a pesquisa como de risco mínimo, visto que os pesquisadores de campo têm experiência no planejamento e condução de entrevistas individuais e de oficinas e respeitados os princípios de privacidade, confiança e respeito.

Benefícios:

Espera-se que os achados desse estudo possibilitem beneficiar a ESF do serviço pesquisado, no que se refere à reflexão sobre o processo de trabalho desenvolvido nas equipes à medida que a participação dos profissionais nas oficinas de trabalho, observação direta e/ou entrevista semi-estruturada podem representar oportunidade de troca e reflexão sobre a própria prática de trabalho na ESF.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.180.576

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social, elaborada de forma detalhada, fundamentada em pressupostos adequados à área de conhecimento e metodologia adequada para os propósitos do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pendências listadas no parecer anterior referentes ao projeto propriamente dito e ao TCLE foram esclarecidas e atendidas de forma adequada e satisfatória.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o atendimento às solicitações, o projeto pode ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 11 de Agosto de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

Milene Pires Moraes Vieira

**ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO BANCO DE DADOS DA PESQUISA
“CARACTERIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
ATENÇÃO BÁSICA PARA O TRABALHO EM EQUIPE E PRÁTICA COLABORATIVA
INTERPROFISSIONAL”**

São Paulo, 19 de maio de 2017

Eu Marina Peduzzi, autorizo Valéria Marli Leonello, professora Doutora do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a utilizar o banco de dados referente à pesquisa intitulada “Caracterização das competências dos profissionais de saúde da atenção básica para o trabalho em equipe e prática colaborativa inteprofissional”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (nº do processo: 45956515.4.00005392), coordenada por mim.

Atenciosamente,

Marina Peduzzi

ANEXO 3 – EIXOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Eixo 1- Recuperação da Saúde: Caracterizam-se por ações desenvolvidas pelos profissionais, em contato direto com usuário assistido, frente a processos de saúde-doelecimento. São desenvolvidas (por um ou mais agentes) “com” e “pelo” usuário. Inserem-se aqui ações de avaliação diagnóstica, terapêutica e de reabilitação, bem como procedimentos técnico-operacionais. As ações deste eixo tem como finalidade a recuperação da saúde.

Eixo 2- Promoção da Saúde: A promoção da saúde refere-se às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. As ações caracterizam-se fundamentalmente por uma composição intersetorial e intrasetorialmente pelas ações de ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais etc.

Eixo 3- Prevenção: Ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Tem por finalidade o controle da transmissão, a vigilância epidemiológica e a redução do risco de doenças transmissíveis, degenerativas ou outros agravos específicos.

Eixo 4- Educação permanente e educação continuada: A Educação Permanente (EP) caracteriza-se pelas atividades educativas originadas no processo de trabalho da equipe de saúde com a finalidade de aperfeiçoar/qualificar o próprio processo de trabalho. Caracteriza-se pela mudança na concepção e nas praticas de capacitação dos trabalhadores. A Educação Continuada (EC) é pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento; é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional.

Eixo 5- Documentação: Ações que envolvem coleta, registro e notificação de dados; produzir informações necessárias para o desenvolvimento do trabalho da equipe da

unidade (organização e planejamento) e para subsidiar outras instâncias setoriais e intersetoriais; utilizar sistema de informações.

Eixo 6 – Gestão do cuidado: Envolve ações de elaboração, acompanhamento e avaliação do plano de cuidado individual e coletivo, segundo linhas de cuidado, a partir da avaliação do contexto socioeconômico e epidemiológico (necessidades e demandas de atenção à saúde do usuário, famílias e comunidade); definição, elaboração e aplicação dos padrões de qualidade e protocolos de atenção e de procedimentos.

Eixo 7- Gestão do processo de trabalho e serviços: Propiciam suporte às ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica - ESF, privilegiando uma melhor organização e funcionalidade segundo redes e linhas de cuidado. Compreende planejamento estratégico; organização, supervisão e avaliação do processo de trabalho; programação, controle e monitoramento de qualidade dos equipamentos e materiais utilizados no atendimento aos usuários;

Eixo 8 – Pesquisa e formação: Atividades ligadas à pesquisa que envolvem o desenvolvimento e a aplicação de modelos, metodologias e instrumentos de investigação relativos às ações tanto de cuidado como de gestão, no sentido de viabilizar a compreensão/introdução/apropriação da inovação nos serviços. Atividades de ensino com estudantes de nível técnico, graduação, residência e pós-graduação.

Anexo 4 - DOCUMENTOS OFICIAIS SELECIONAIS COM A RESPECTIVA DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE AÇÕES POR CATEGORIA PROFISSIONAL.

DOCUMENTO		TOTAL DE AÇÕES SELECIONADAS NO DOCUMENTO
1	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº32).	9
2	Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 13).	6
3	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)	3
4	PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011	14
5	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 160 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25)	5

6	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de -Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 96 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24)	11
7	Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. O trabalho do Agente Comunitário em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica: Brasília: Ministério da Saúde, 2009.	6
8	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde : zoonoses / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 228 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 22)	48
9	Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.	148
10	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica . - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 195 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21)	63

11	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).	7
12	Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51 de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.	4
13	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 197 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)	13
14	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A.Normas e Manuais Técnicos)	5
15	Protocolo para o desenvolvimento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família(PSF), em Campo Grande MS. - Campo Grande, Outubro de 2006.	111
16	Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.	12

Milene Pires Moraes Vieira

17	O Decreto nº 3.189 de 04 de Outubro de 1999. Fixa diretrizes para o Exercício da Atividade do agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências.	6
18	A lei de nº 11.350 de 05 de Outubro de 1999	4
19	PORTARIA Nº 1.886, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa do Agente Comunitário em Saúde e do Programa Saúde da Família	17
	TOTAL DE AÇÕES DOS ACS	491

ANEXO 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS AÇÕES DO ACS DE ACORDO COM ANÁLISE DOCUMENTAL, SEGUINDO OS OITO EIXOS DE FINALIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE.

Eixo 1: Recuperação em Saúde	Nº de ações por finalidade de atenção à saúde.
1. Coletar lâmina de pessoas que apresentem sinais e sintomas de malária e enviá-la ao profissional responsável	12
2. Coletar material para o exame de gota espessa dos pacientes sintomáticos de malária e encaminhá-lo para profissional responsável para a leitura	
3. Orientar a coleta do escarro, quando solicitado pela unidade básica de saúde	
4. Orientar a utilização do Terapia de reidratação oral (TRO) e ou confecção do soro caseiro	
5. Pesar ou acompanhar o peso de todas as crianças menores de cinco anos ou até 25 Kg (capacidade da balança)	
6. Proceder à aplicação de imunotestes, conforme indicado pela equipe de saúde	
7. Receber o resultado dos exames e providenciar o acesso ao tratamento imediato e adequado	
8. Supervisionar o tratamento domiciliar dos pacientes e familiares com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas	
9. Identificar sinais de gravidade e proceder conforme rotina estabelecida pela equipe para aqueles pacientes que já realizam acompanhamento	
10. Verificar alterações de exame preventivo de câncer de colo de útero e encaminhar a UBS	
11. Verificar exames e testes realizados durante internação hospitalar e encaminhar à UBS	
12. Verificar quanto a realização do teste do pezinho no RN e encaminhar as crianças menores de 45 dias que não o realizaram, por escrito, para a unidade de saúde	
Eixo 2: Promoção da Saúde	

1. Auxiliar na organização dos Conselhos Locais de Saúde	18
2. Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde	
3. Desenvolver ações educativas sobre autocuidado em diferentes fases do ciclo da vida	
1. Desenvolver ações educativas sobre hábitos saudáveis	
5. Estimular a participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida	
6. Estimular a participação da comunidade nos Conselhos de Saúde	
7. Desenvolver ações educativas sobre o meio ambiente	
8. Desenvolver ações educativas sobre saúde bucal	
9. Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde	
10. Identificar na comunidade movimentos organizados e lideranças comunitárias, suas reivindicações, propostas e atividades	
11. Identificar recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social de usuários e famílias vulneráveis	
12. Orientar e estimular a adoção de hábitos saudáveis	
13. Orientar e estimular o aleitamento materno	
14. Orientar e estimular hábitos saudáveis relacionados à saúde bucal	
15. Orientar usuários e famílias sobre autocuidado em diferentes fases do ciclo de vida	
16. Promover encontros e discussões com a comunidades sobre temas específicos e relacionados às necessidades de saúde do território	
17. Mobilizar a comunidade em parceria com as lideranças comunitárias e equipamentos sociais, para participação em ações de prevenção à doenças infectocontagiosas	
18. Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores	
Eixo 3: Prevenção	
1. Comunicar a UBS situações de risco no território que dependam da interferência da vigilância sanitária e do poder público	

2. Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde	
3. Desenvolver ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e comunidade para prevenção de doenças infectocontagiosas, crônicas e outros agravos à saúde	
4. Encaminhar casos suspeitos de doenças infectocontagiosas e contatos intradomiciliares para unidade de saúde	
5. Esclarecer dúvidas de usuários e famílias sobre doenças infectocontagiosas	
6. Mobilizar a comunidade em parceria com as lideranças comunitárias e equipamentos sociais, para participação em ações de prevenção à doenças infectocontagiosas	
7. Orientar a população quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar e coletiva para doenças infectocontagiosas	
8. Orientar a população sobre sinais e sintomas, tratamento, riscos e formas de transmissão e prevenção de doenças crônicas	25
9. Orientar e acompanhar o morador para remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos e/ou abrigo para os animais peçonhentos	
10. Orientar e encaminhar os comunicantes de doenças infectocontagiosas (pessoa que tem contato com o doente) à unidade básica para a consulta, diagnóstico e tratamento quando necessário.	
11. Orientar usuários e familiares sobre a importância da vacinação para todos os ciclos de vida	
12. Orientar usuários e familiares sobre a importância de realização de exames preventivos e diagnósticos, conforme indicação da equipe de saúde	
13. Orientar usuários e familiares sobre a importância do destino correto do lixo	
14. Orientar usuários e familiares sobre a prevenção de acidentes domésticos	
15. Participar da articulação com diferentes equipamentos sociais para o desenvolvimento de orientações e campanhas específicas sobre doenças infectocontagiosas	
16. Participar, com a equipe, do planejamento de ações para o controle de doenças infectocontagiosas	
17. Pesquisar ou acompanhar o peso de todas as crianças menores de cinco anos ou até 25 Kg (capacidade da balança)	

18. Realizar busca ativa de faltosos e aqueles que abandonaram o tratamento	
19. Realizar busca ativa de casos suspeitos de doenças infectocontagiosas e agravos	
20. Trocas informações com o agente de endemias para a prevenção de doenças infectocontagiosas	
21. Utilizar espaços culturais para a veiculação de informações preventivas, ajudando, no esclarecimento de dúvidas e na sensibilização da comunidade.	
22. Verificar a presença de cicatriz da BCG no braço direito do contato intradomiciliar de casos suspeitos de Tuberculose	
23. Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança após seis meses da aplicação da vacina e se não houver, encaminhar a criança para vacinação	
24. Verificar condições de saúde e situação vacinal dos animais domésticos	
25. Verificar situação vacinal, e encaminhar por escrito para a unidade de saúde os casos de vacina em atraso	
Eixo 4: Educação Permanente	
Não consta ações do ACS neste eixo	0
Eixo 5: Documentação	
1. Encaminhar por escrito os casos necessários à UBS	
2. Informar por escrito ao supervisor situações de risco e agravos à saúde	
3. Preencher a ficha de notificação dos casos de doenças infectocontagiosas ocorridos	
4. Preencher e atualizar, no momento da visita, as fichas de cadastramento familiar (Ficha A) e fichas de acompanhamento, Fichas B (GES, HA, DIA, SM, HAN, TB e Ficha Espelho da criança.) e mantê-las atualizadas	
5. Preencher mensalmente ficha B-GES no momento da visita domiciliar	
6. Preencher o registro diário de visita domiciliar a caneta em todas as suas visitas domiciliares e entregá-lo ao enfermeiro.	

7. Preencher o relato de visita domiciliar à caneta, descrevendo o que detectou na visita domiciliar, como ocorrências encontradas no domicílio e entregá-lo ao enfermeiro supervisor.	14
8. Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme seu Manual de Preenchimento específico	
9. Registrar agravos à saúde e informar o enfermeiro	
10. Registrar benefícios sociais recebidos pelos usuários e famílias	
11. Registrar nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, para controle das ações de saúde	
12. Registrar o peso corretamente no cartão da criança e no cartão espelho do ACS	
13. Registrar se o usuário faz uso de algum equipamento assistivo (órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção)	
14. Verificar Cartão da Gestante e copiar os dados necessários	
Eixo 6: Gestão do Cuidado	
1. Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço	
2. Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos	
3. Acompanhar os usuários beneficiários de programas sociais	
4. Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, sobre o acompanhamento e evolução dos casos	
2. Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário	
6. Monitorar a coberturas vacinal em seu território de atuação, buscando atingir meta de 100%	
7. Monitorar a situação de saúde dos usuários e família do território	
8. Orientar quanto a importância do cadastro nos programas de saúde, participação em grupos, atividades e ou palestras realizadas pelos profissionais de saúde	
9. Orientar sobre os serviços de referência e como acessá-los em situação de urgência	

10. Orientar usuários e familiares sobre a importância do acompanhamento na unidade de saúde	16
11. Participar do diagnóstico demográfico e na definição do perfil sócio econômico da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência e na realização do levantamento das condições de saneamento básico	
12. Planejar o cuidado e o acompanhamento dos usuários e famílias com a equipe de saúde da família, de acordo com as necessidades e realidade desses usuários/família	
13. Realizar o mapeamento de famílias de maior risco e vulnerabilidade	
14. Realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família.	
15. Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde	
16. Recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados	
Eixo 7: Gestão do Processo de Trabalho e Serviços	
1. Acompanhar enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde durante as visitas domiciliares e outras atividades realizadas na comunidade	
2. Identificar e conhecer o serviço de saúde bucal disponível na sua área de abrangência, para orientar às famílias sobre como ter acesso a esse serviço.	
3. Preencher o itinerário de trabalho (locais onde realizará as visitas domiciliares ou outras atividades na comunidade como, por exemplo, reuniões educativas e outros) para facilitar a localização do ACS caso o mesmo tenha que ser encontrado na área de abrangência)	11
4. Realizar atividade educativa fora de sua área de abrangência	
5. Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;	
6. Realizar o gerenciamento de insumos e equipamentos necessários para o desempenho das atividades de atenção em situação de acidente por animais peçonhentos	
7. Realizar pelo menos uma visita domiciliar mensal a todas as famílias da sua área de abrangência	
8. Realizar visita domiciliar de acordo com a programação da equipe, usando as fichas do SIAB necessárias e mantendo-as atualizadas.	

Milene Pires Moraes Vieira

9. Realizar visita fora da sequência de quartos na ocorrência de nascimentos, internações e /ou óbitos, relatando por escrito para o enfermeiro a ocorrência destes	
10. Registrar os locais no qual realizou a visita domiciliar, com horário de entrada e horário de saída no domicílio, e registro da atividade realizada.	
Eixo 8: Pesquisa e Formação	
Não consta ações do ACS neste eixo	0

ANEXO 6 - BANCO DE AÇÕES ESPECÍFICAS DOS ACS – 133 AÇÕES INICIAIS

Eixo 1 – Recuperação em Saúde
coletar lâmina de pessoas que apresentem sinais e sintomas de malária e enviá-la ao profissional responsável
Coletar material para o exame de gota espessa dos pacientes sintomáticos de malária e encaminhá-lo para profissional responsável para a leitura
Orientar a coleta do escarro, quando solicitado pela unidade básica de saúde
Orientar a utilização do Terapia de reidratação oral (TRO) e ou confecção do soro caseiro
Pesar ou acompanhar o peso de todas as crianças menores de 05 anos ou até 25 Kg (capacidade da balança) e registrar o peso corretamente no cartão da criança e no cartão espelho do ACS
Proceder à aplicação de imunotestes, conforme indicado pela equipe de saúde
Receber o resultado dos exames e providenciar o acesso ao tratamento imediato e adequado
supervisionar o tratamento domiciliar dos pacientes e familiares com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas
Supervisionar o uso de medicamentos, quando indicado e conforme planejamento da equipe
Eixo 2 - Promoção da Saúde
Auxiliar na organização dos Conselhos Locais de Saúde
Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde.
desenvolver ações educativas para prevenção de doenças infecto-contagiosas, crônicas e outros agravos à saúde

desenvolver ações educativas sobre auto-cuidado em diferentes fases do ciclo da vida
desenvolver ações educativas sobre hábitos saudáveis
desenvolver ações educativas sobre o meio ambiente
desenvolver ações educativas sobre saúde bucal
Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde
Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.
estimular a participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida
Estimular a participação da comunidade nos Conselhos de Saúde.
estimular o aleitamento materno
Identificar na comunidade movimentos organizados e lideranças comunitárias, suas reivindicações, propostas e atividades
Identificar recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social de usuários e famílias vulneráveis
Mobilizar a comunidade em parceria com as lideranças comunitárias e equipamentos sociais, para participação em ações de prevenção à doenças infecto-contagiosas
Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores
Mobilizar a comunidade para o auto-cuidado em diferentes fases do ciclo da vida
orientar e estimular a adoção de hábitos saudáveis
Orientar e estimular hábitos saudáveis relacionados à saúde bucal
Orientar e estimular o aleitamento materno

orientar usuários e famílias sobre auto-cuidado em diferentes fases do ciclo de vida
Participar da articulação com diferentes equipamentos sociais para o desenvolvimento de orientações e campanhas específicas sobre doenças infecto-contagiosas
promover a inclusão social de usuários e famílias com maior vulnerabilidade
Promover a intersetorialidade, com o apoio da equipe, com ações conjuntas com outros órgãos públicos e instituições
promover encontros e discussões com a comunidades sobre temas específicos e relacionados às necessidades de saúde do território
utilizar espaços culturais para a veiculação de informações preventivas, ajudando no esclarecimento de dúvidas e na sensibilização da comunidade.
Eixo 3 Prevenção
Desenvolver ações de educação em saúde na comunidade, em parceria com sua equipe de trabalho
Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde.
desenvolver ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e comunidade para prevenção de doenças infecto-contagiosas
Desenvolver ações educativas sobre prevenção de doenças infecto-contagiosas
Encaminhar casos suspeitos de doenças infecto-contagiosas e contatos intradomiciliares para unidade de saúde
Esclarecer dúvidas de usuários e famílias sobre doenças infecto-contagiosas
Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo
monitorar a coberturas vacinal em seu território de atuação, buscando atingir meta de 100%

Orientar a população quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar e coletiva para doenças infecto-contagiosas
Orientar a população sobre sinais e sintomas, tratamento, riscos e formas de transmissão e prevenção de doenças crônicas
Orientar e acompanhar o morador na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos
Orientar e acompanhar o morador para remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em abrigo para os animais peçonhentos
orientar usuários e familiares sobre a importância da vacinação para todos os ciclos de vida
orientar usuários e familiares sobre a importância de realização de exames preventivos e diagnósticos, conforme indicação da equipe de saúde
Orientar usuários e familiares sobre a importância do acompanhamento na unidade de saúde
Orientar usuários e familiares sobre a importância do destino correto do lixo
Orientar usuários e familiares sobre a prevenção de acidentes domésticos
Orientar usuários e familiares sobre os insumos de prevenção de doenças infecto-contagiosas
Participar, com a equipe, do planejamento de ações para o controle de doenças infecto-contagiosas
planejar e desenvolver ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e comunidade para prevenção de doenças crônicas e outros agravos à saúde
planejar e desenvolver ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e comunidade para prevenção de doenças infecto-contagiosas
realizar busca ativa de casos suspeitos de doenças infecto-contagiosas e agravos encaminhando-os para avaliação na Unidade de Saúde

Verificar a presença de cicatriz da BCG no braço direito do contato intradomiciliar de casos suspeitos de Tuberculose
Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança após seis meses da aplicação da vacina e se não houver, encaminhar a criança para vacinação
Verificar condições de saúde e situação vacinal dos animais domésticos
Verificar situação vacinal, e encaminhar por escrito para a unidade de saúde os casos de vacina em atraso.
Eixo 4 – Educação Permanente
Eixo 5 - Documentação
informar por escrito ao supervisor situações de risco e agravos à saúde
Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, sobre o acompanhamento e evolução dos casos
Compartilhar com a equipe informações colhidas durante a visita domiciliar;
Preencher a ficha de notificação dos casos de doenças infecto-contagiosas ocorridos
preencher e atualizar, no momento da visita, as fichas de cadastramento familiar (Ficha A) e fichas de acompanhamento, Fichas B (GES, HA, DIA, SM, HAN, TB e Ficha Espelho da criança.) e mantê-las atualizadas
Preencher mensalmente ficha B-GES no momento da visita
preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme seu Manual de Preenchimento específico
registrar agravos à saúde e informar o enfermeiro
Registrar benefícios sociais recebidos pelos usuários e famílias
registrar nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, para controle das ações de saúde

Registrar se o usuário faz uso de algum equipamento assistivo (órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção)
trocar informações com o agente de endemias para ações de prevenção de doenças infecto-contagiosas
Verificar Cartão da Gestante e copiar os dados necessários
Eixo 6 – Gestão do Cuidado
Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
Acompanhar enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde durante as visitas domiciliares e outras atividades realizadas na comunidade
acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos;
Acompanhar o médico e/ou enfermeiro durante as visitas domiciliares e outras atividades realizadas na comunidade
acompanhar os usuários beneficiários de programas sociais
Acompanhar os usuários em tratamento e orientá-lo quanto à necessidade de sua conclusão
Compartilhar com a equipe informações colhidas durante a visita domiciliar
Comunicar à Unidade Básica de Saúde situações de risco no território que dependam da interferência da vigilância sanitária e poder público
Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário;
encaminhar por escrito os casos de saúde bucal à UBS
encaminhar por escrito os casos necessários à UBS
Esclarecer sobre as dúvidas existentes, encaminhando por escrito para a UBS os casos necessários

Identificar sinais de gravidade e proceder conforme rotina estabelecida pela equipe para aqueles pacientes que já realizam acompanhamento
Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar para a UBS
Identificar usuários e famílias em situação de maior vulnerabilidade
monitorar a situação de saúde dos usuários e família do território
Observar situações de queixas relacionadas à saúde bucal
Orientar a coleta do escarro, quando solicitado pela unidade básica de saúde
Orientar a população sobre sinais e sintomas, tratamento, riscos e formas de transmissão e prevenção de doenças infecto-contagiosas
orientar as medicações conforme indicação da equipe de saúde.
Orientar usuários e familiares sobre o uso de medicamentos, conforme prescrição dos profissionais da equipe de saúde
Orientar e encaminhar os comunicantes (pessoa que tem contato com o doente) à unidade básica para consulta, diagnóstico e tratamento, quando necessário;
Orientar os usuários com relação aos direitos e benefícios sociais
Orientar os usuários e famílias com relação ao auto-cuidado em todas as fases do ciclo de vida
Orientar quanto à importância do acompanhamento na unidade de saúde
Encaminhar casos suspeitos de doenças infecto-contagiosas e contatos intradomiciliares para unidade de saúde
Orientar quanto a importância do cadastro nos programas de saúde, participação em grupos, atividades e ou palestras realizadas pelos profissionais de saúde
Orientar sobre a importância da continuidade do tratamento até a alta e seguir as orientações da equipe de saúde
Orientar sobre o funcionamento da Unidade de Saúde e programas de saúde existentes

Orientar sobre os serviços de referência e como acessá-los em situação de urgência
planejar o cuidado e o acompanhamento dos usuários e famílias com a equipe de saúde da família, de acordo com as necessidades e realidade desses usuários/família
realizar busca ativa de casos suspeitos de doenças infecto-contagiosas e agravos encaminhando-os para avaliação na Unidade de Saúde
Realizar busca ativa de faltosos e aqueles que abandonaram o tratamento
orientar usuários e famílias sobre auto-cuidado
realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família
Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde.
Receber o resultado dos exames de malária e providenciar o acesso ao tratamento imediato e adequado,
recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados
Reforçar as orientações feitas pela unidade básica de saúde
remover mecanicamente os ovos e larvas do mosquito
trocar informações com o agente de endemias para ações de prevenção de doenças infecto-contagiosas
Verificar alterações de exame preventivo de câncer de colo de útero e encaminhar a UBS
Verificar exames e testes realizados durante internação hospitalar e encaminhar à UBS
Verificar quanto a realização do teste do pezinho no RN e encaminhar as crianças menores de 45 dias que não o realizaram, por escrito, para a unidade de saúde
Vistoriar a casa e o quintal, acompanhado e autorizado pelo morador, para identificar locais de risco para transmissão de doenças infecto-contagiosas
Eixo 7 – Gestão do Processo de trabalho e serviços

realizar visita fora da seqüência de quarteirões na ocorrência de nascimentos, internações e /ou óbitos, relatando por escrito para o enfermeiro a ocorrência destes
realizar atividade educativa fora de sua área de abrangência
realizar pelo menos 01 visita domiciliar mensal a todas as famílias da sua área de abrangência
preencher o itinerário de trabalho. Destina-se ao registro dos locais onde o servidor realizará as visitas domiciliares ou outras atividades na comunidade como, por exemplo, reuniões educativas e outros. O preenchimento do itinerário, objetiva promover a fácil localização do servidor caso o mesmo tenha que ser encontrado na área de abrangência. É um instrumento que pode ser usado para supervisão do trabalho do servidor, e consta de somente frente
utilizar o documento de identificação (crachá), uniforme, materiais/ instrumentos de trabalho, (Fichas A, B, C somente as das famílias que serão visitadas no período, Ficha D do ACS, Registro diário, Relatório mensal, Balança completa, bandeira, lápis, borracha, giz de cera, lixa e prancheta com alguns impressos para possíveis novos cadastros no período) em todas as visitas domiciliares
seguir uma seqüência de quarteirões numerados em ordem crescente no sentido centro-bairro, para a realização da visita domiciliar
preencher o registro diário de visita domiciliar a caneta em todas as suas visitas domiciliares e entregá-lo ao enfermeiro. Destina-se ao registro dos locais onde o ACS realizou a visita domiciliar, com horário de entrada e horário de saída no domicílio, e registro da atividade realizada. É um instrumento que pode ser usado para supervisão do trabalho do ACS, e consta de frente e verso.
preencher o relato de visita domiciliar à caneta, descrevendo o que detectou na visita domiciliar e entregá-lo ao enfermeiro supervisor. Destina-se ao registro de todas as ocorrências encontradas pelo ACS no domicílio.
realizar o mapeamento e identificação da(s) área(s) de maior vulnerabilidade, considerando-se estabelecimentos e locais tradicionalmente não reconhecidos (bares, pontos de prostituição, casas ou locais de uso de drogas, entre outros).

identificar e conhecer o serviço de saúde bucal disponível na sua área de abrangência, para orientar às famílias sobre como ter acesso a esse serviço.

realizar o mapeamento de famílias de maior risco e vulnerabilidade

participar do diagnóstico demográfico e na definição do perfil sócio econômico da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico

realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

realizar o mapeamento da área de atuação

realizar o gerenciamento de insumos e equipamentos necessários para o desempenho das atividades de atenção em situação de acidente por animais peçonhentos

realizar visita domiciliar de acordo com a programação da equipe, usando as fichas do SIAB necessárias e mantendo-as atualizadas.

Eixo 8 – Pesquisa e Formação

ANEXO 7 - BANCO DE AÇÕES ESPECÍFICAS DOS ACS – 97 Ações finais

Eixo 1: Recuperação em Saúde
1. Coletar lâmina de pessoas que apresentem sinais e sintomas de malária e enviá-la ao profissional responsável
2. Coletar material para o exame de gota espessa dos pacientes sintomáticos de malária e encaminhá-lo para profissional responsável para a leitura
3. Orientar a coleta do escarro, quando solicitado pela unidade básica de saúde
4. Orientar a utilização do Terapia de reidratação oral (TRO) e ou confecção do soro caseiro
5. Pesar ou acompanhar o peso de todas as crianças menores de cinco anos ou até 25 Kg (capacidade da balança)
6. Proceder à aplicação de imunotestes, conforme indicado pela equipe de saúde
7. Receber o resultado dos exames e providenciar o acesso ao tratamento imediato e adequado
8. Supervisionar o tratamento domiciliar dos pacientes e familiares com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas
9. Identificar sinais de gravidade e proceder conforme rotina estabelecida pela equipe para aqueles pacientes que já realizam acompanhamento
10. Verificar alterações de exame preventivo de câncer de colo de útero e encaminhar a UBS
11. Verificar exames e testes realizados durante internação hospitalar e encaminhar à UBS
12. Verificar quanto a realização do teste do pezinho no RN e encaminhar as crianças menores de 45 dias que não o realizaram, por escrito, para a unidade de saúde
Eixo 2: Promoção da Saúde

1. Auxiliar na organização dos Conselhos Locais de Saúde
2. Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde
3. Desenvolver ações educativas sobre autocuidado em diferentes fases do ciclo da vida
1. Desenvolver ações educativas sobre hábitos saudáveis
5. Estimular a participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida
6. Estimular a participação da comunidade nos Conselhos de Saúde
7. Desenvolver ações educativas sobre o meio ambiente
8. Desenvolver ações educativas sobre saúde bucal
9. Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde
10. Identificar na comunidade movimentos organizados e lideranças comunitárias, suas reivindicações, propostas e atividades
11. Identificar recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social de usuários e famílias vulneráveis
12. Orientar e estimular a adoção de hábitos saudáveis
13. Orientar e estimular o aleitamento materno
14. Orientar e estimular hábitos saudáveis relacionados à saúde bucal
15. Orientar usuários e famílias sobre autocuidado em diferentes fases do ciclo de vida
16. Promover encontros e discussões com a comunidades sobre temas específicos e relacionados às necessidades de saúde do território
17. Mobilizar a comunidade em parceria com as lideranças comunitárias e equipamentos sociais, para participação em ações de prevenção à doenças infectocontagiosas

18. Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores

Eixo 3: Prevenção

1. Comunicar a UBS situações de risco no território que dependam da interferência da vigilância sanitária e do poder público

2. Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde

3. Desenvolver ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e comunidade para prevenção de doenças infectocontagiosas, crônicas e outros agravos à saúde

4. Encaminhar casos suspeitos de doenças infectocontagiosas e contatos intradomiciliares para unidade de saúde

5. Esclarecer dúvidas de usuários e famílias sobre doenças infectocontagiosas

6. Mobilizar a comunidade em parceria com as lideranças comunitárias e equipamentos sociais, para participação em ações de prevenção à doenças infectocontagiosas

7. Orientar a população quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar e coletiva para doenças infectocontagiosas

8. Orientar a população sobre sinais e sintomas, tratamento, riscos e formas de transmissão e prevenção de doenças crônicas

9. Orientar e acompanhar o morador para remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos e/ou abrigo para os animais peçonhentos

10. Orientar e encaminhar os comunicantes de doenças infectocontagiosas (pessoa que tem contato com o doente) à unidade básica para a consulta, diagnóstico e tratamento quando necessário.

11. Orientar usuários e familiares sobre a importância da vacinação para todos os ciclos de vida

12. Orientar usuários e familiares sobre a importância de realização de exames preventivos e diagnósticos, conforme indicação da equipe de saúde
13. Orientar usuários e familiares sobre a importância do destino correto do lixo
14. Orientar usuários e familiares sobre a prevenção de acidentes domésticos
15. Participar da articulação com diferentes equipamentos sociais para o desenvolvimento de orientações e campanhas específicas sobre doenças infectocontagiosas
16. Participar, com a equipe, do planejamento de ações para o controle de doenças infectocontagiosas
17. Pesar ou acompanhar o peso de todas as crianças menores de cinco anos ou até 25 Kg (capacidade da balança)
18. Realizar busca ativa de faltosos e aqueles que abandonaram o tratamento
19. Realizar busca ativa de casos suspeitos de doenças infectocontagiosas e agravos
20. Trocas informações com o agente de endemias para a prevenção de doenças infectocontagiosas
21. Utilizar espaços culturais para a veiculação de informações preventivas, ajudando, no esclarecimento de dúvidas e na sensibilização da comunidade.
22. Verificar a presença de cicatriz da BCG no braço direito do contato intradomiciliar de casos suspeitos de Tuberculose
23. Verificar a presença de cicatriz da vacina BCG no braço direito da criança após seis meses da aplicação da vacina e se não houver, encaminhar a criança para vacinação
24. Verificar condições de saúde e situação vacinal dos animais domésticos
25. Verificar situação vacinal, e encaminhar por escrito para a unidade de saúde os casos de vacina em atraso

Eixo 4: Educação Permanente

Não consta ações do ACS neste eixo

Eixo 5: Documentação

1. Encaminhar por escrito os casos necessários à UBS

2. Informar por escrito ao supervisor situações de risco e agravos à saúde

3. Preencher a ficha de notificação dos casos de doenças infectocontagiosas ocorridos

4. Preencher e atualizar, no momento da visita, as fichas de cadastramento familiar (Ficha A) e fichas de acompanhamento, Fichas B (GES, HA , DIA, SM, HAN, TB e Ficha Espelho da criança.) e mantê-las atualizadas

5. Preencher mensalmente ficha B-GES no momento da visita domiciliar

6. Preencher o registro diário de visita domiciliar a caneta em todas as suas visitas domiciliares e entregá-lo ao enfermeiro.

7. Preencher o relato de visita domiciliar à caneta, descrevendo o que detectou na visita domiciliar, como ocorrências encontradas no domicílio e entregá-lo ao enfermeiro supervisor.

8. Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme seu Manual de Preenchimento específico

9. Registrar agravos à saúde e informar o enfermeiro

10. Registrar benefícios sociais recebidos pelos usuários e famílias

11. Registrar nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, para controle das ações de saúde

12. Registrar o peso corretamente no cartão da criança e no cartão espelho do ACS

13. Registrar se o usuário faz uso de algum equipamento assistivo (órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção)

14. Verificar Cartão da Gestante e copiar os dados necessários

Eixo 6: Gestão do Cuidado

1. Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço
2. Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos
3. Acompanhar os usuários beneficiários de programas sociais
4. Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, sobre o acompanhamento e evolução dos casos
2. Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário
6. Monitorar a coberturas vacinal em seu território de atuação, buscando atingir meta de 100%
7. Monitorar a situação de saúde dos usuários e família do território
8. Orientar quanto a importância do cadastro nos programas de saúde, participação em grupos, atividades e ou palestras realizadas pelos profissionais de saúde
9. Orientar sobre os serviços de referência e como acessá-los em situação de urgência
10. Orientar usuários e familiares sobre a importância do acompanhamento na unidade de saúde
11. Participar do diagnóstico demográfico e na definição do perfil sócio econômico da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência e na realização do levantamento das condições de saneamento básico
12. Planejar o cuidado e o acompanhamento dos usuários e famílias com a equipe de saúde da família, de acordo com as necessidades e realidade desses usuários/família
13. Realizar o mapeamento de famílias de maior risco e vulnerabilidade
- 14 Realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família.
15. Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde

16. Recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados

Eixo 7: Gestão do Processo de Trabalho e Serviços

1. Acompanhar enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde durante as visitas domiciliares e outras atividades realizadas na comunidade

2. Identificar e conhecer o serviço de saúde bucal disponível na sua área de abrangência, para orientar às famílias sobre como ter acesso a esse serviço.

3. Preencher o itinerário de trabalho (locais onde realizará as visitas domiciliares ou outras atividades na comunidade como, por exemplo, reuniões educativas e outros) para facilitar a localização do ACS caso o mesmo tenha que ser encontrado na área de abrangência)

4. Realizar atividade educativa fora de sua área de abrangência

5. Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

6. Realizar o gerenciamento de insumos e equipamentos necessários para o desempenho das atividades de atenção em situação de acidente por animais peçonhentos

7. Realizar pelo menos uma visita domiciliar mensal a todas as famílias da sua área de abrangência

8. Realizar visita domiciliar de acordo com a programação da equipe, usando as fichas do SIAB necessárias e mantendo-as atualizadas.

9. Realizar visita fora da sequência de quarteirões na ocorrência de nascimentos, internações e /ou óbitos, relatando por escrito para o enfermeiro a ocorrência destes

10. Registrar os locais no qual realizou a visita domiciliar, com horário de entrada e horário de saída no domicílio, e registro da atividade realizada.

Eixo 8: Pesquisa e Formação

Não consta ações do ACS neste eixo