

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O PAPEL DO ENFERMEIRO  
COMO SUPERVISOR E EDUCADOR DOS ACS**

TERESA RAQUEL DE PAIVA BASSOTO

Governador Valadares - MG

2012

TERESA RAQUEL DE PAIVA BASSOTO

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O PAPEL DO ENFERMEIRO  
COMO SUPERVISOR E EDUCADOR DOS ACS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais como para obtenção de Certificado de Especialista.

Orientador: Antônio Leite Alves Radicchi

Governador Valadares - MG

2012

TERESA RAQUEL DE PAIVA BASSOTO

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O PAPEL DO ENFERMEIRO  
COMO SUPERVISOR E EDUCADOR DOS ACS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais como para obtenção de Certificado de Especialista.

Orientador: Antônio Leite Alves Radicchi

Banca Examinadora

Antônio Leite Alves Radicchi - Orientador

Letícia Soares de Azevedo

Aprovada em Belo Horizonte, 02 de março de 2013

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por seu infinito e incomparável amor, pela força e coragem concedida que fez com eu vencesse todos os obstáculos, me confortando nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

Ao Professores pela orientação, dedicação, paciência, motivação e instrução; Aos meus amigos, pelos ensinamentos, compreensão, pela formação e pelo estímulo que me direcionaram para um aprofundamento em meus estudos.

A meu esposo pela confiança sempre depositada, me dando ânimo e força para que eu pudesse chegar ao final. Aos meus familiares o mais puro sentimento de amor que se tornaram anteparo nos momentos de desânimo e impulso para conquista de todos os meus objetivos.

Aos queridos amigos e companheiros de trabalho agradeço as contribuições e incentivos; A todos aqueles que de algum modo me permitiram conquistar mais uma etapa de minha vida, meu muito obrigado.

## Resumo

Este estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, teve como objetivo demonstrar a importância da atuação do enfermeiro como supervisor e educador dos Agentes Comunitários de Saúde, para que assim possa ser oferecida uma assistência a saúde de forma preventiva, proporcionando melhor qualidade de vida à população. Os resultados da pesquisa demonstraram algumas características dos profissionais na ESF, os tipos de atividades desenvolvidas, e as ações educativas com os profissionais e a comunidade, evidenciaram-se o importante papel do enfermeiro como supervisor do ACS, sendo este, uma forma de visar o crescimento pessoal e profissional do mesmo, dando suporte estrutural, material e psíquico, criando assim, estratégias para o enfrentamento dos problemas vivenciados em seu cotidiano de trabalho. Constatou-se ainda que, quando o enfermeiro promove de maneira eficaz, uma educação continuada, a partir de estratégias metodológicas inovadoras com a equipe multiprofissional, juntamente com os ACS, propicia conhecer a própria realidade, além de garantir um ambiente de diálogo, entre os atores envolvidos com troca de experiências, sensibilização, conscientização, participação, mobilização e autonomia. Possibilitando assim uma melhor assistência à saúde da população assistida. Ao desenvolver essa função de supervisor e educador dos profissionais de enfermagem de nível médio e ACS, o enfermeiro possibilita a melhor qualificação destes trabalhadores no cenário em que eles atuam, proporcionando uma verdadeira integração entre estes dois eixos norteadores: a educação e a saúde.

**Palavras-chave:** Estratégia de Saúde da Família; Enfermagem; Educação; Supervisão; Agente comunitário de Saúde.

## **Abstrat**

This study is exploratory, qualitative approach, aimed to demonstrate the importance of the role of a nurse educator and as a supervisor of community health agents, so that may be offered a health care in a preventive manner, providing the best quality of life the population. The survey results showed some characteristics of the professionals in the ESF, the types of activities, and educational activities with the professionals and the community, showed the important role of the nurse as supervisor of the ACS, which is a form of targeting growth the same personal and professional, providing structural support, material and psychological, thus creating strategies for addressing the problems experienced in their daily work. It was further observed that when the nurse promotes effectively, continuing education, innovative methodological strategies starting with the multidisciplinary team, along with the ACS, allows to know the reality, and ensure an environment of dialogue between the actors involved in exchange of experiences, awareness, awareness, participation, mobilization and empowerment. Thus enabling better health care to the assisted population. In developing this role of educator and supervisor of nursing and mid-level ACS, the nurse provides the best qualification of these workers on the scene in which they work, providing a true integration of these two guiding principles: education and health.

**Keywords:** Strategy for Family Health; Nursing, Education; Supervision; Community Health Agent.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 HISTÓRIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL.....</b>	<b>12</b>
2.1 Atenção Básica de Saúde.....	15
2.2 A Equipe de Saúde da Família.....	17
2.3 Atribuições da Equipe de Saúde da Família.....	18
2.4 Atribuições do Enfermeiro.....	20
2.5 Atribuições do Médico.....	21
2.6 Atribuições do Auxiliar ou Técnico de Enfermagem.....	22
2.7 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde.....	23
<b>3 O PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM NO ESF.....</b>	<b>25</b>
3.1 O Enfermeiro na Condição de Supervisor e Educador do ACS.....	27
<b>4 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....</b>	<b>30</b>
4.1 Competências Profissionais.....	31
4.2 Visita Domiciliar: Instrumento de Trabalho do ACS.....	35
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>38</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>

## 1. Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, conhecido hoje como Estratégia da Saúde da Família (ESF), por não se tratar mais apenas de um "programa", surgiu, na qualidade de estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, no sentido de imprimir uma nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecer uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância à saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994).

A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. (BRASIL, 2001). A Estratégia Saúde da Família fundamenta-se em universalização, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e controle social, vindo ao encontro dos princípios constitucionais do SUS (BRASIL, 1990).

Desta forma, o Programa propõe organizar as práticas nas suas Unidades Básicas de Saúde (UBS), evidenciando o caráter multiprofissional e interdisciplinar das Equipes de Saúde da Família (ESF) com a prestação de atendimento integral nas especialidades básicas de saúde, numa base territorial delimitada, com garantia de serviços de referências à saúde para os níveis de maior complexidade, possibilitando o reconhecimento da saúde, como um direito de cidadania, ao estimular a organização da comunidade e buscar o aprimoramento da participação e, do controle social da população na área da saúde.



O Agente Comunitário de Saúde (ACS) surgiu em 1991 na Bahia, sendo definido como elo entre a comunidade e equipe, estabelecendo relações que favorecem o levantamento das informações sobre a saúde individual e familiar da comunidade. O ACS tem como função integrar a comunidade aos serviços de saúde e vice-versa, o qual apresenta dois atributos sociais básicos: identidade com a comunidade e capacidade para a ajuda solidária que aliados à sua capacidade de liderança o tornam um mediador entre duas esferas: o Estado e a comunidade (NOGUEIRA, 2002).

De acordo com a Portaria N° 648, de 28 de Março de 2006 foi estabelecido que para a implantação das Equipes de Saúde da Família deva existir (entre outros quesitos) uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000. A equipe básica é composta por no mínimo: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde (em número máximo de 1 ACS para cada 400 pessoas no urbano e 1 ACS para cada 280 pessoas no rural). Todos os integrantes devem ter jornada de trabalho de 40 horas semanais e é função da Administração Municipal assegurar o cumprimento de horário integral de todos os profissionais nas equipes de saúde da família.

Essa mesma portaria define as atribuições específicas de cada profissional que compõe a equipe de ESF, onde uma das atribuições específicas do profissional enfermeiro é supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem. Assim, o enfermeiro (a) da ESF é um profissional que se depara constantemente com situações concretas referentes à educação, não só com a comunidade, como também na capacitação dos profissionais sob sua supervisão (ALENCAR, 2006).

Neste contexto, o enfermeiro tem um importante papel como supervisor e educador dos ACS de forma a gerar novas competências ao trabalho deste grupo, fortalecendo as experiências já acumuladas e somando a novos conhecimentos, para que junto com os

demais profissionais possam enfrentar os desafios, possibilitando uma melhor qualidade de vida para a população assistida.

Diante do exposto, a tarefa educativa desenvolvida na ESF deve ser direcionada para o desenvolvimento de um profissional crítico de sua prática, capaz de elaborar mudanças imprescindíveis na sua realidade, e não somente na aquisição de habilidades técnicas (BEZERRA, 2005). Nesse sentido, a ação educativa desenvolvida pelo enfermeiro do PSF deve propiciar uma reflexão crítica, problematizadora, ética, estimulando a curiosidade, o diálogo, a escuta e a construção do conhecimento compartilhado (ALENCAR, 2006).

Nesse sentido a realização desta pesquisa, justifica-se pela necessidade de iluminar o campo da produção de saberes e práticas da enfermagem que atua na prática educativa de sua equipe e também pelo fato do profissional enfermeiro ser um elemento fundamental na equipe de saúde da família fazendo a sintonia entre a UBS, a ESF e a comunidade. Dessa forma, o ACS é o elo da corrente, que liga o serviço (UBS) à população sendo importante que ele seja incentivado em suas funções e encontre um ambiente de trabalho adequado às demandas de saúde que ele mesmo trás por parte dos usuários a que estão vinculados. Toda a articulação deste grupo fica, portanto, a cargo do enfermeiro, demonstrando a importância do mesmo no êxito final do trabalho de toda equipe.

O interesse em realizar este estudo, foi-me despertada durante o curso de especialização em Saúde da Família e pela constatação em minha prática diária como enfermeira da ESF, percebo a grande importância da prática educativa dos profissionais enfermeiros nas equipes e pela sua relevância social, e ainda, por acreditar que essa prática poderá facilitar a construção de novos saberes e por entendê-la na perspectiva da produção de novos conhecimentos.

Com este estudo espero contribuir com a formulação de importantes bases de evidências para a reorientação das práticas desenvolvidas na educação dos profissionais

ACSs, com vistas à criação de novas estratégias de intervenção e melhoria na qualidade dos serviços. É relevante ainda, acrescentar que os resultados fortalecerão as lutas imputadas no cenário de trabalho do profissional enfermeiro.

Neste sentido este estudo tem como objetivo demonstrar a importância da atuação do enfermeiro como supervisor e educador dos ACS para que assim possa oferecer uma melhor assistência à saúde de forma preventiva, melhorando assim a qualidade de vida da população.

## **2. Histórico do Programa de Saúde da Família no Brasil**

O PSF começou a ser implantado no País no início dos anos 90 pelo Ministério da Saúde inspirado nas experiências desenvolvidas na área da saúde pública em países como Cuba, Inglaterra, Canadá e outros. As primeiras experiências ocorreram em cidades nordestinas sendo hoje o principal componente das ações de atenção básica à saúde desenvolvidas no Brasil. Com características próprias, adaptado à realidade dos estados brasileiros, o Programa é um marco importante no setor saúde utilizado como mecanismo para atender ao disposto na Constituição Federal de 1988 e, especificamente, na Lei Orgânica da Saúde, de 1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde.

No Brasil, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surge em 1991 com trabalho de pessoas da comunidade treinadas, capacitadas e supervisionadas por profissionais de saúde. O PACS foi criado baseado em experiências anteriores bem sucedidas, constituindo-se em uma estratégia que agrega ideias de proporcionar a população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações (BRASIL, 2001).

O PSF iniciou-se no Brasil como estratégia no ano de 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde/MS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF. A estratégia da saúde da família surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital que privilegiava a parte curativa em detrimento da preventiva. O PSF veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e a comunidade, com intensa participação da comunidade. (BRASIL, 2000).

O objetivo da estratégia foi implementar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Estruturado como uma estratégia para dar conta do processo de reorganização da rede de atenção básica ou

primária, o PSF, por essa potencialidade seria também uma estratégia de reorganização de todo o sistema. Dos aspectos relevantes da estratégia compreende a territorialização com a adstrição de clientela /criação de vínculo equipe-usuário e o aumento da oferta de serviços de saúde e de suas áreas de abrangência (BRASIL, 2000)

A implantação do PSF e do PACS ocorre por adesão espontânea dos Estados e municípios que cumprem os seguintes requisitos:

- Estar habilitado na Norma Operacional Básica do SUS/NOB-SUS/96, a presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

- Elaborar projeto de implantação do PSF/PACS de acordo com as diretrizes do programa;

- Ter aprovação de sua implantação do PSF/PACS pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS;

- Garantir a inclusão da proposta de trabalho do PSF/PACS no Plano Municipal de Saúde;

- Garantir a infra-estrutura de funcionamento da Unidade de Saúde do PSF;

- Garantir a integração do PSF à rede de serviços de saúde complementares, de forma a assegurar a referência e contra-referência quando os problemas exigirem maior grau de complexidade para sua resolução;

- Manter a organização de uma equipe composta por (01) profissional médico, (01) profissional enfermeiro, (01) profissional auxiliar e/ou técnico de enfermagem podendo ser acrescido ou não de Agente Comunitário de Saúde/ACS.

- Garantir a integração do ACS na rede básica dentro da área de abrangência do PACS;
- Garantir o programa de educação continuada para a equipe do PACS;
- Ter 01 enfermeiro supervisor para cada 30 ACS, em plena parceria entre a União, Estados e municípios, co-responsáveis na proteção da saúde da população brasileira. (BRASIL, 2002).

A opção do Ministério da Saúde ao institucionalizar o PSF como política nacional de atenção primária à saúde foi o de adotar uma estratégia organizacional do sistema de serviços de saúde no país. Para Mendes (2002) o que justifica o objetivo geral da ESF é contribuir para reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica em conformidade, com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

O referido programa elegeu como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da saúde e a população. Com esta nova visão, o PSF também considerado como ESF (Estratégia da Saúde da Família) visa a reversão do modelo assistencial vigente. Sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, sob forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. (COSTA, 1998)

A estratégia de saúde da família estava organizada e localizada num território por meio do trabalho em equipe, focalizando o sistema familiar, a cultura local e lidando diretamente com o cotidiano das pessoas. Sempre se deparando com situações que demandam acolhimento, vínculo, solidariedade e interação. São da ordem da imprevisibilidade, pois a cada encontro e situação, gera-se uma forma diferente de intervenção. (SOUZA, 2003)

## 2.1 Atenção Básica de Saúde

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- Estimular a participação popular e o controle social.

O Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/DATASUS/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família - PSF.

O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde.

Dentre elas, destacamos:

- Micro-espacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções;
- Utilização mais ágil e oportuna da informação;
- Produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas;



- Consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregados.

Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. Principal instrumento de monitoramento das ações da Saúde da Família tem sua gestão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação/DAB/SAS (CAA/DAB/SAS), cuja missão é monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e fomentar /consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. As atribuições das equipes e de cada membro, são determinada pelo MS, através da portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.

## **2.2 A Equipe de Saúde da Família**

A estrutura do PSF exige basicamente uma Unidade de Saúde da Família (USF) com uma equipe multiprofissional mínima recomendável pelo Ministério da Saúde formada por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Quando ampliada conta com um dentista, um auxiliar de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD) (BRASIL, 2001)

O ideal seria que as equipes da ESF fossem compostas pelos diferentes profissionais que integram a área de saúde. Isto porque, onde vivem as pessoas estão os fatores determinantes da saúde e a qualidade de vida da população. No entanto, contrariando o ideal colocam-se interesses econômicos e políticos, com implantações culturais e sociais, definidores do contexto social no qual se insere o PSF e, inclusive dos recursos financeiros para sua implantação e seu gerenciamento (LIMA, 2005).

Segundo Soares (2003) a instalação das Equipes de Saúde da Família é feita nos postos de saúde, centros de saúde ou unidades de saúde existentes no Município, ou em

processo de reforma ou construção. Os profissionais da equipe devem residir nos municípios onde atuam, trabalhando de forma integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os agentes comunitários de saúde precisam residir nas respectivas áreas de atuação (BRASIL, 2000).

A proposta é que uma equipe acompanhe um número definido de famílias, localizadas em áreas geográficas delimitadas, prestando serviços de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade, seja nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou na casa das pessoas (MACHADO, 2006).

Portanto, de acordo com MS (2000) cada equipe de saúde da família deve acompanhar de 600 a 1.000 famílias, o que corresponde de 2.500 a 4.500 pessoas, e sendo da responsabilidade do ACS acompanhar em sua micro área, 400 a 750 pessoas, e no dizer de Souza (2003) este critério pode ser flexível em virtude das peculiaridades sócio-políticas e econômicas das regiões, assim como fatores relacionados à densidade demográfica

### **2.3 Atribuições da Equipe de Saúde da Família**

As equipes de saúde da família possuem atribuições globais e características próprias que as habilita a conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas características sócio econômicas, demográficas e epidemiológicas, e identificar os problemas de saúde mais comuns e as situações de risco a que a população está exposta.

Campos (1997), quando discute a organização do processo de trabalho em equipes de saúde, propõem a possibilidade de se trabalhar com a noção de campo e núcleo de conhecimento. No campo teríamos os saberes e responsabilidades comuns a várias profissões e especialidades e, no núcleo, os específicos.

De acordo com o manual de políticas de Atenção Básica de Saúde (2006) estas podem ser complementadas com as diretrizes e normas da gestão local, conforme descritos abaixo:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos e expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros) quando necessário;
- Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativa, e da garantia de atendimento a demanda espontânea da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na atenção básica;
- Participar das atividades de educação permanente;
- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Cada profissional dentro da equipe tem suas atribuições específicas, segundo o Caderno de Atenção Básica (2000) do Ministério da Saúde.

#### **2.4 Atribuições do Enfermeiro**

Este profissional desenvolve seu trabalho em dois campos: na Unidade Básica de Saúde e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho do agente comunitário de saúde e do auxiliar de enfermagem, bem como assistindo às pessoas que necessitam do atendimento de enfermagem a domicílio. O enfermeiro desenvolve atividades variadas dependendo do cargo que ocupa, mas em todos eles em maior ou menor complexidade, desenvolve atividades de aperfeiçoamento do pessoal e manutenção das condições para prestação de um atendimento eficiente.

De acordo com a portaria do Ministério da Saúde e alterada em documento posterior (BRASIL, 2007). São atribuições do enfermeiro do programa de agentes comunitário de saúde (PACS):

- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;
- Facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo pra a organização da demanda referenciada;
- Realizar consultas e procedimentos de a enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

- Solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- Organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS;
- Participar do Gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade;
- Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- No nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- Realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;
- Realizar as atividades corretamente às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à saúde – ações NOAS 2001;
- Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- Organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, diabéticos, saúde mental, etc;
- Supervisionar e coordenar para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de técnicos de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

## **2.5 Atribuições do Médico**

- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à saúde coletiva. Assistir as pessoas em todas as fases e especialidades da: criança, adolescente, mulher grávida, adulto, trabalhador, portadores de deficiências específicas, e idosas;
- Realizar atendimento de primeiros cuidados nas urgências;
- Realizar partos, se as condições locais o permitirem;
- Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referências locais, mantendo suas responsabilidades pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- Contribuir e participar das atividades de educação dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD.

## **2.6 Atribuições do Auxiliar ou Técnico de Enfermagem**

- Acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando garantir uma melhor monitoria e acompanhamento de suas condições de saúde;
- Desenvolver com os ACS atividades de identificação das famílias de risco conforme planejamento da equipe;
- Realizar procedimento nos domicílios, quando solicitado pelo ACS;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF;
- Participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão e, quando indicado ou necessário, no domicílio e ou espaços comunitários.

## 2.7 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

O seu trabalho é feito nos domicílios de sua área de abrangência. As atribuições específicas do ACS são as seguintes:

- Realizar mapeamento de sua área;
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- Identificar área de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário;
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, na áreas prioritárias da Atenção Básicas;
- Realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;
- Estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco;
- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras;
- Traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites;
- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possa ser potencializados pela equipe.

- Cumprir com as atribuições atualmente definidas em relação à prevenção de patologias conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2003.

É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.



### 3. O Profissional da Enfermagem na ESF

A profissão de enfermagem em nível superior é regulamentada pela lei federal do exercício profissional lei nº7498/86 que garante os direitos de todos que compõem a classe de enfermagem. Para uma atuação plena do exercício profissional pelo enfermeiro no PSF não é só necessária a competência técnica e o conhecimento da construção do SUS, do surgimento do PACS e PSF, de suas atribuições dentro deste novo programa, mas também compreender e saber de seus limites legais no seu exercício dentro do PSF, conferidos por sua legislação. Assim, para este estudo, faz-se mister a compreensão dos termos básicos da legislação para se estudar os limites legais para a atuação do enfermeiro do PSF. Deste modo, legislação é:

Conjunto dos direitos legais de uma categoria. Lei é uma norma, ou conjunto de normas, elaboradas e votadas pelo poder legislativo. Decreto é um elemento regulador da lei. Resolução é um instrumento legal normativo elaborado por órgãos colegiados, os chamados “conselhos” (SANTOS, 2000, p. 45).

Os pontos mais relevantes para a prática da enfermagem no PSF: a consulta de enfermagem feita pelo enfermeiro em toda a sua complexidade de execução; a prescrição de medicamentos desde que sejam estabelecidos em programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; o exercício de enfermagem por profissionais de nível técnico e elementar, vinculado à supervisão do enfermeiro.

Em julho de 1973 foram criados os Conselhos Regionais e Federal de Enfermagem pela lei nº 5905/73. O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e os Conselhos Regionais de Enfermagem - COREN são disciplinadores do exercício da profissão de enfermagem e demais categorias da enfermagem.

O COFEN tem a função de verificar as condições de capacidade para o exercício profissional. Possui auto-executoriedade para aplicar sanções disciplinares e administrativas às pessoas físicas e jurídicas que estejam infringindo os deveres e direitos da atividade profissional, após conclusão de um processo específico sendo dotada de poder de polícia, na

defesa dos interesses públicos, coletividade e ao cidadão que usa dos serviços dos profissionais submetidos a esta entidade.

O COREN tem por principal objetivo zelar pela qualidade dos serviços de enfermagem, pelo respeito ao código de ética e o cumprimento da lei do exercício profissional.

Em agosto de 2000, entrou em vigor a resolução COFEN 240, a qual aprova o novo código de ética, e substitui a resolução 160 (1993) trazendo como modificação a supressão do art. 71 do capítulo das proibições, ademais, o código permaneceu o mesmo.

Os artigos integrantes do capítulo III, das Responsabilidades, postulam que o enfermeiro tem responsabilidade de assegurar uma assistência de enfermagem de qualidade, garantindo a integridade física do paciente e refere ainda que o mesmo só deve executar algum procedimento após criteriosa análise da sua competência técnica e legal, devendo o enfermeiro buscar constante atualização visando melhorar a qualidade da prestação dos seus serviços.

O papel do enfermeiro no PSF implica relacionar questões culturais, sociais e econômicas da população, interagir com situações que apóiem a integridade familiar, e, também, lidar com as situações de saúde e doença da família. Conforme trabalha com indivíduos e família, reconhece e compreende como a saúde de cada membro da família influencia a unidade familiar, e também o papel da unidade familiar sobre a saúde de cada indivíduo na família, incorporando este conhecimento ao plano de cuidado. A atuação do enfermeiro também é de natureza legal, ética e política, defendendo famílias que podem estar numa condição de extrema vulnerabilidade para falarem por si mesmas.

O enfermeiro é um profissional qualificado de nível superior, responsável pela promoção, prevenção, recuperação, e reabilitação dos indivíduos a quem comete os cuidados, seja individual, coletivo ou comunitário (SOUZA, 2003). Estando apto para atuar nas áreas

da saúde assistencial, administrativa, ou gerencial. Ainda dentro da área, encontramos pessoas capacitadas como, auxiliares e técnicos de enfermagem, possuindo funções específicas designadas pelo enfermeiro. Contudo, a figura principal e central relacionada aos serviços e atuações profissionais de atenção á saúde é o paciente. Este, variando de individuo para individuo, pode depender de vários cuidados, e necessidades, tendo a enfermagem que identificar e tomar medidas que aliviem seu sofrimento. Para certos indivíduos/pacientes algumas necessidades básicas são essenciais para manter a satisfação pessoal e quando há limitações para a realização dessas práticas diárias, o paciente necessita de cuidados mais próximos.

### **3.1 O Enfermeiro na Condição de Supervisor e Educador do ACS**

De acordo com portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 do Ministério da Saúde (MS) que aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitário de Saúde e do Programa Saúde da Família preconiza que, o profissional de Enfermagem seja responsável em “coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar sistematicamente o trabalho do ACS” (BRASIL, 2007).

Como integrante da equipe de saúde ao enfermeiro cabe “a participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada” (COREM-MG, 2010).

Para Nunes & Barreto, a supervisão traz em si questões contraditórias relacionadas ao caráter da cobrança, do controle e da colaboração, associado à dimensão pedagógica, a qual contribui para o crescimento dos supervisionados. Considera-se que, o enfermeiro é fundamentalmente um educador, visto que, entre outras tarefas desenvolvidas no seu cotidiano, depara-se com a necessidade de ensinar o cliente/paciente, sua família e até

mesmo sua comunidade, bem como capacitar a equipe sob sua liderança, para contribuir com a melhoria da qualidade da assistência à população.

A ESF traz às equipes desafios para a capacitação dos ACS, na medida em que, conforme L´Abbate (1999),

“os trabalhadores de saúde não devem ser considerados propriamente insumos ou recursos, mas sujeitos, com potencialidade de desenvolver-se constantemente em busca da autonomia possível, capazes de aderir a projetos de transformação”. (L´ABBATE ,1999, p. 17),

A capacitação dos ACS se dá em serviço e é importante salientar que estes não trazem, muitas vezes, em sua bagagem de conhecimentos, o ensino formal já que o Ministério da Saúde estabelece como critério para a contratação, que o ACS apenas saiba ler e escrever. Sem dúvida, os responsáveis pelo processo de educação devem estar cientes da presença marcante do conhecimento natural ou do senso comum do cotidiano. Portanto, capacitar ACS implica em empregar uma metodologia que lhe possibilite sentir-se sujeito do processo, reconhecendo a importância do seu aprendizado para transformação da realidade da clientela.

Assim, o enfermeiro da ESF é um profissional que se depara a todo o momento com situações concretas referentes à educação, não só com a comunidade, como também na capacitação dos profissionais sob sua supervisão. A ação educativa realizada por esse trabalhador da saúde tem como fundamento uma concepção de educação de acordo com sua experiência pessoal e laboral.

Segundo Pereira (2003):

(...) a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saber destinados ao desenvolvimento humano. Há uma interseção entres dois campos, tanto em qualquer nível da atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo inconscientemente, um ciclo permanente de ensinar e aprender (PEREIRA 2003, p.01)

O educador é aquele que se exercita continuamente o processo de busca da sistematização teórico-prática. Nesse sentido, o educador de profissionais deve ter uma atitude

aberta, não dogmática, de aproximação da teoria com a prática, pois a ação educativa nunca está plenamente dada (BRASIL, 2003).

Entretanto, muitos desses profissionais desconhecem a tendência pedagógica subjacente a sua prática educativa. Para que uma prática educativa se concretize é necessária a adoção de concepções pedagógicas de cunho transformador, emancipadora, libertadora, multicultural, subjetiva e voltada para as necessidades da sociedade. (BRASIL, 2003).

#### 4. O Agente Comunitário de Saúde

Historicamente, a idéia que apóia a inserção do agente comunitário de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparece em várias partes do mundo, ou seja, a idéia essencial de elo entre comunidade e o sistema de saúde (SILVA, 2002).

O ACS aparece no cenário mundial da saúde, no Canadá em 1920 para auxiliar no movimento de organização comunitário, e na América Latina, os mesmo foram utilizados nos últimos 20 anos como estratégias de extensão de cuidados básicos em comunidades rurais e periurbanas (OLIVEIRA, 2003).

Acredita-se que por serem (os agentes) pessoas do povo, não só se assemelham nas características e anseios deste povo, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades desta população. Estudos apontam que os agentes são a mola propulsora para a consolidação do Sistema Único de Saúde, a organização das comunidades e a prática regionalizada e hierarquizada de assistência, na estruturação dos distritos sanitários.

Ser agente de saúde é ser povo, é ser comunidade, é viver dia a dia a vida daquela comunidade. É ser o elo entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. É ser a ponte entre a população e os profissionais e serviços de saúde. O agente comunitário é o mensageiro de saúde de sua comunidade (OLIVEIRA, 2003).

Ser agente comunitário de saúde é, antes de tudo, ser alguém que se identifica, em todos os sentidos, com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem, costumes; precisa gostar do trabalho, principalmente, de aprender e repassar as informações. Nós vivemos conforme o ambiente. É obrigação dos agentes comunitários de saúde, lutar e aglomerar forças em sua comunidade, município, estado e país, em defesa dos serviços

públicos de saúde, pensar na recuperação e democratização desses serviços, entendendo que é o serviço público que atende à população pobre; é preciso torná-lo de boa qualidade.

#### 4.1 Competências Profissionais

O desafio de preparar profissionais adequados às necessidades do SUS implica, dentre outras mudanças, profundas na forma de organização da formação destes profissionais. A busca de alternativas que propiciem a construção de programas de ensino que possibilitem o maior ajustamento aos desenhos de organização da atenção à saúde proposta nacionalmente, leva à incorporação do conceito de competência profissional, cuja compreensão passa necessariamente pela vinculação entre educação e trabalho.

Na elaboração deste trabalho considerou-se a formulação de Zarifian (1999), para conceituar competência profissional:

“capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades” (ZARIFIAN, 1999, p. 2)

Este conceito de competência está baseado na visão do trabalho como conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição, contrariamente ao que propõem os estudos clássicos sobre a organização e gestão do trabalho (BRASIL, 2003 apud ZARIFIAN, 1990). Tal acepção, por sua vez, implica a reconceitualização da qualificação profissional, que deixa de ser a disponibilidade de um "estoque de saberes", para se transformar em "capacidade de ação diante de acontecimentos" (BRASIL, 2003).

Esta concepção de competência inclui uma série de sentidos, cujas definições também podem ser explicitadas na **iniciativa** (capacidade de iniciar uma ação por conta própria), **responsabilidade** (capacidade de responder pelas ações sob sua própria iniciativa e sob iniciativa de pessoas envolvidas nestas ações), **autonomia** (capacidade de aprender,

formular, argumentar, defender, criticar, concluir e antecipar, mesmo quando não se tem poder para, sozinho, mudar uma realidade ou normas já estabelecidas), **inteligência prática** (capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, colocando-os em ação para enfrentar situações do processo de trabalho). Envolve tanto a dimensão cognitiva (saber), como a compreensiva (relacionar o conhecimento com o contexto) ( NOGUEIRA, 2006).

Assim, competência profissional inclui capacidades, atividades e contextos, tratando da combinação de conhecimentos, destrezas, experiências e qualidades pessoais usadas efetiva e apropriadamente em atos individuais e coletivos, como resposta às várias circunstâncias relativas à prática profissional. Considerar competência profissional nestes termos, possibilita considerar o trabalhador como capaz de conhecer a utilidade e os impactos das ações que realiza, de compreender que os grupos sociais não são abstratos ou distantes, sendo possível conhecer suas necessidades e modos de viver e, sobretudo, de compreender a importância do processo de interação da equipe de trabalho com os indivíduos, grupos e coletividades com os quais trabalha. (ZARIFIAN, 1999)

Neste sentido, um processo formativo para desenvolver competências profissionais deve ocupar-se da montagem de fatores de aprendizagem críticos, reflexivos, significativos, participativos e desautorados (SANTOS 2005).

Considerando as concepções de saúde que têm como referência doutrinária a Reforma Sanitária Brasileira e como estratégia de reordenação setorial e institucional o Sistema Único de Saúde, as competências profissionais dos trabalhadores de saúde são compreendidas como um dos componentes fundamentais para a revolução qualitativa desejada para os serviços de saúde (ZARIFIAN, 1999)

De acordo com Nogueira (2006) os ACS atuam no apoio aos indivíduos e aos coletivos sociais, identificando as situações mais comuns de risco em saúde, participando da



orientação, acompanhamento e educação popular em saúde, estendendo as responsabilidades das equipes locais do SUS, colocando em ação conhecimentos sobre prevenção e solução de problemas de ordem sanitária, mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento das interações sociais. A formação e desenvolvimento profissionais sugerem a identificação técnica, ética e humanística do que compete ao profissional de saúde e que competências são requeridas para que os usuários das ações e serviços de saúde se sintam atendidos em suas necessidades diante de cada prática profissional.

Compete aos ACS no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos sociais e populações.

A Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, estabelece as atribuições do ACS, e o Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999, fixa diretrizes para o exercício de suas atividades, possibilitando uma proposição qualitativa de suas ações e evidenciando um perfil profissional que concentra atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania ou mesmo pela orientação de indivíduos, grupos e populações, com características de educação popular em saúde e acompanhamento de famílias.

A partir desta análise e considerando-se as singularidades e especificidades do trabalho do ACS, foram construídas as competências que compõem o perfil profissional deste trabalhador. O enunciado das competências explicita as capacidades às quais se recorre para a realização de determinadas atividades num determinado contexto técnico-profissional e sócio-cultural. Assim, cada competência proposta para o ACS expressa uma dimensão da realidade

de trabalho deste profissional e representa um eixo estruturante de sua prática, ou seja, uma formulação abrangente e generalizável, de acordo com a perspectiva de construção da organização do processo de formação e de trabalho. Além disto, partiu-se do pressuposto de que a competência profissional incorpora três dimensões do saber: o saber-conhecer, o saber-ser e o saber-fazer. Estas dimensões da competência profissional estão expressas nas habilidades (saber-fazer), nos conhecimentos (saber-conhecer) e nas atitudes (saber-ser). A dimensão saber-ser (produção de si) é considerada transversal a todas as competências e se expressa por capacidade de crítica, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas (BRASIL, 1997)

O saber-ser incorpora:

- a) Interagir com os indivíduos e seu grupo social, com coletividades e a população;
  - b) Respeitar valores, culturas e individualidades ao pensar e propor as práticas de saúde;
  - c) Buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa;
  - d) Recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados;
  - e) levar em conta pertinência, oportunidade e precisão das ações e procedimentos que realiza, medindo-se pelos indivíduos, grupos e populações a que refere sua prática profissional;
  - f) colocar-se em equipe de trabalho em prol da organização e eficácia das práticas de saúde;
  - g) pensar criticamente seus compromissos e responsabilidades como cidadão e trabalhador
- (BRASIL, 1997).

A dimensão saber-fazer (domínio prático) e a dimensão saber-conhecer (domínio cognitivo) referente a cada competência dimensionam a atuação desta categoria profissional. Entretanto, tais habilidades e conhecimentos não estão apresentados de forma hierarquizada, cabendo às instituições formadoras, no processo de construção dos programas de qualificação,

identificar e organizar esta complexidade, considerando, inclusive, suas transversalidades (SILVA, 2000).

#### **4.2 Visita Domiciliar: Instrumento de Trabalho do ACS**

A visita domiciliar tem como objetivo prestar cuidados no domicílio englobando ações preventivas e curativas, assim como a busca de faltosos aos programas desenvolvidos na unidade. É realizada por todos os membros da equipe de saúde, mediante agendamento, sendo que a identificação das famílias que necessitam de cuidados domiciliares se dá, principalmente, através do acompanhamento do agente comunitário de saúde.

A visita domiciliar pode ser realizada diariamente, adequando-se a necessidade das famílias, sendo que o programa preconiza um turno para atendimento no domicílio e outro para atividades na unidade de saúde. A visita pode propiciar o estabelecimento do vínculo entre equipe e famílias, dando subsídios para identificação dos determinantes do processo saúde-doença, ao tempo em que permite planejar com as famílias intervenções adequadas e resolutivas.

O Agente Comunitário de saúde é o elo entre o saber científico – equipe, e o saber popular – comunidade, permitindo uma comunicação entre os dois e suprimindo as necessidades básicas da população.

De acordo com Silva (2005) assumi responsabilidade de tradutor do universo popular, fazendo intercâmbio das praticas existentes na comunidade e interferindo no processo saúde - doença trazendo confiabilidade às pratica de saúde. Essa confiabilidade é devida ao fato do ACS ser morador da comunidade, conviver e vivenciar usando a mesma linguagem do que os que procuram.

A atividade primordial de trabalho do ACS é a visita domiciliar, e de acordo com Brasil (2000) é através dela que o ACS faz o cadastramento e o acompanhamento das famílias

e, principalmente, o trabalho educativo, orientando as pessoas como evitar as doenças e cuidar melhor da sua saúde. Segundo Costa (2004) é de fundamental importância ressaltar que a visita domiciliar garante o vínculo com a família e o acesso também dos outros integrantes da equipe de saúde no contexto familiar e social dos assistidos e destaca-se como uma atividade que permite acompanhar regularmente a saúde dos indivíduos.

A visita domiciliar possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário da saúde e a constatação das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares.

Segundo MS (2000) através da visita é possível:

- Identificar as pessoas que estão bem de saúde e as que não estão;
- Conhecer os principais problemas de saúde das pessoas;
- Conhecer as condições de moradia, de trabalho, os hábitos, as crenças, os costumes e os valores;
- Descobrir o que as pessoas precisam saber para cuidar melhor de sua saúde;
- Identificar as famílias que precisam de um acompanhamento mais próximo e mais frequente;
- Ensinar as pessoas medidas simples de prevenção e orientá-las a usar corretamente os medicamentos.

Tem sido considerável a contribuição do ACS na construção da proposta de um modelo de saúde que rompe com os modelos vigentes, inaugurando novas práticas sanitárias, centradas nos princípios da equidade, descentralização, integralidade e participação popular, reformulando conceitos de saúde, compreendidos, agora, como processos sociais resultantes do modo de vida das populações.

É importante reconhecer o relevante trabalho que os ACS têm desenvolvido como membros da equipe do PSF. Isso pode ser percebido especialmente através das taxas de

cobertura do pré-natal, da atualização das vacinas, no acompanhamento da saúde da criança e das gestantes, no uso contínuo das medicações por hipertensos e diabéticos, na informação aos usuários, sobre as atividades desenvolvidas na unidade e sua forma de acesso, além de buscar, soluções para os problemas identificados junto às autoridades locais. Para a população, o ACS tem um papel fundamental de ajuda, de socorro onde há dificuldade de apoio por outros serviços públicos, pois se faz presente em situações difíceis, o que, conseqüentemente, estreita os laços entre a família e a equipe de PSF.

O ACS conhece não só as pessoas, mas sua intimidade, a moradia e o modo de vida de seus habitantes, o que serve de instrumento para nortear o tipo de assistência necessária na unidade ou mesmo na casa. Isso demonstra uma mudança de comportamento da população que, a princípio, atribuía ao ACS um papel de “mensageiro”, que marca a consulta, que leva o remédio, que chama o médico ou que traz o resultado do exame.

A comunicação e o registro é o instrumento essencial do trabalho do ACS. Ouvir, informar e aconselhar são instrumentos potenciais de trabalho desses sujeitos e para a efetivação de suas ações utilizam estratégias como: um “jeitinho”, um exemplo, um depoimento, a confrontação de valores e até a negociação de alternativas, na intenção de sensibilizar para a orientação e a educação e, por conseguinte, transformar a realidade observada.

## 5. Metodologia

O estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica de natureza descritivo-exploratória, com abordagem da vertente epistemológica de estudo qualitativa, utilizando os descritores: Estratégia de Saúde da Família; Enfermagem; Educação; Supervisão; Agente comunitário de Saúde.

O acesso à bibliografia foi realizado por intermédio da home - sitio web BIREME em [www.bvs.br](http://www.bvs.br), no entanto, também poderia ter sido feito manualmente, mas devido ao advento da informática, a utilização deste primeiro método tornou-se absolutamente inviável, tendo em vista o tempo insuficiente para sua concretude, o que justifica o seu desuso no meio científico, ademais em função do tempo e praticidade a pesquisa eletrônica tem facilitado sobremaneira essas pesquisas.

Santos (2004) afirma que a pesquisa bibliografia é o conjunto de materiais escritos (gráfica ou eletronicamente) a respeito de um assunto. Constitui-se numa preciosa fonte de informações. Na atualidade, praticamente qualquer necessidade humana, conhecida ou pressentida, tem algo escrito a seu respeito. A pesquisa bibliográfica irá compreender uma revisão abrangente, profunda, sistemática e crítica destas publicações com o objetivo de criar uma fonte base.

Para Manzo (apud LAKATOS) a bibliografia pertinente oferece meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizam suficientemente e tem como objetivo permitir ao cientista o reforço paralelo na análise de suas pesquisas ou manipulação de suas informações.

De acordo com Triviños (1987) o estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade. Eles ainda afirmam que os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar, uma análise minuciosa da complexidade, sensível ao contexto no qual ocorrem os eventos

estudados. Ainda segundo Triviños, a abordagem qualitativa é a forma de compreender e analisar a realidade, sob o ponto de vista dos atos, atitudes, vivência percepções e sentimentos subjacentes.

A pesquisa qualitativa significa a utilização de dispositivos por meio dos qual o pesquisador pode obter o discernimento e o significado de que necessita sobre o seu objetivo de pesquisa. A pesquisa exploratória tem como objetivo para Selltiz (apud Gil 2003, p. 45).

Proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que esta pesquisa tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: a) levantamento bibliográfico; b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; c) análise de exemplos que estimulam a compreensão.

Esse tipo de pesquisa contribuirá de maneira significativa para ampliar os conhecimentos e fortalecimento de ações da enfermagem na área de supervisão e educação na atenção primária de saúde, envolvendo um conjuntos de processos que terá relevância para melhor assistência de enfermagem (LAKATOS, 2005).

Segundo Gil (1999), a finalidade básica é de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagens posteriores. Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores.

As pesquisas exploratórias visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato do tipo aproximativo. Contudo, para o levantamento dos dados, as seguintes etapas foram percorridas:

Foram utilizados como fonte de levantamento as bases de dados da Biblioteca Virtual em saúde (BVS): LILACS, MEDLINE, BDENF e a biblioteca SciELO.

Os dados foram obtidos através de consulta nas bibliotecas virtuais. O método mais prático e simples foi conseguir as informações na internet, através do site da BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) - Centro Latino Americano e do Caribe em Informação em Ciências à Saúde ([www.bireme.br](http://www.bireme.br)) no período de junho de 2011 a novembro de 2011, através dos descritores: Estratégia de Saúde da Família; Enfermagem; Educação; Supervisão; Agente comunitário de Saúde.

Porém, só foram incluídos estudos que se encontravam dentro dos critérios de elegibilidade que, a saber foram:

- Publicações que estavam no idioma: Português
- Periódicos indexados nas bases de dados LILACS, BDENF e MEDLINE, e na Biblioteca SCIELO;
- Resumos ou textos completos pautados com clareza do conteúdo abordado;
- Possuir aderência aos objetivos propostos;

Ressalta-se que a pesquisa bibliográfica também será utilizada a fim de fundamentar toda a teoria aplicada e exposta neste estudo, explanando e discutindo os temas e problemas abordados ao longo da pesquisa.



## 6. Resultados e Discussão

A supervisão é um instrumento de gestão de programas de saúde. O Ministério da Saúde preconiza que a enfermeira instrutora/supervisora deve desenvolver ações específicas na coordenação e supervisão dos ACS, além daquelas que rotineiramente desenvolvem enquanto coordenadora da Unidade Básica de Saúde. Muitas são as atividades que mantêm relação com a coordenação dos ACS, consideradas atribuições básicas das enfermeiras instrutoras/supervisoras. Vale ressaltar que o enfermeiro é um profissional qualificado de nível superior, responsável pela promoção, prevenção, recuperação, e reabilitação dos indivíduos a quem presta cuidados, seja este cuidado individual, coletivo ou comunitário, estando apto para atuar nas áreas da saúde assistencial, administrativa, ou gerencial (SOUZA, 2003).

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1988, vem se consolidando no Brasil o princípio da “Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado”, culminando nos anos 90, com a institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do ESF. Em ambos os programas, coube à enfermeira a responsabilização por coordenar e supervisionar o trabalho dos ACS (SILVA, 2002).

O estudo de Pereira e Alves (2004, citado por Costa, 2011) realça a importante participação do enfermeiro na evolução do Sistema Único de Saúde (SUS). O seu trabalho é destacado na ESF pelo fato dele possuir experiências de ações assistenciais, administrativas e educativas requisitos fundamentais para atuação no atual modelo de saúde.

Quanto ao seu papel no PSF, este considera as questões culturais, sociais e econômicas da população que assiste, procura interagir com situações que apóiem a integridade familiar e também, lida com as situações de saúde e doença da família. Dentro das suas responsabilidades vale citar, a importância da supervisão e educação dos Agentes Comunitários de Saúde, que exercem um papel fundamental, formando um elo entre a comunidade e a equipe de saúde, pois, lidam diretamente com a comunidade, ouvindo,

acompanhando e orientando, trazendo assim informações sobre a realidade de cada família. Sem dúvida, os responsáveis pelo processo de educação devem estar cientes da presença marcante do conhecimento natural ou do senso comum do cotidiano.

Nessa perspectiva, torna-se necessário mergulhar no mundo do sujeito, partindo do lugar onde estão e se situam socialmente, para ir criando outras formas de fazer em saúde. Essa ação tem como referência diferentes concepções de homem e de sociedade. É na compreensão da realidade que se verifica a possibilidade do que é possível fazer, a favor de quem e para quê (BRASIL, 2003). A problematização da realidade como possibilidade de promoção e apropriação significativa do saber acumulado, desencadeia uma reflexão que possa superar o saber cotidiano dos sujeitos sem, contudo, ignorar as suas experiências (BRASIL, 2003).

A questão inerente ao saber popular em saúde e a dinâmica social da comunidade trazida pelos ACS exigem do enfermeiro pensar na supervisão e educação desse trabalhador de forma a contribuir na construção de sujeitos sociais capazes de desenvolver ações com a comunidade em prol da saúde e da organização social da mesma, sob a responsabilidade do mesmo.

## 7. Conclusão

Analisando os dados obtidos por este estudo, verificamos que eles mantiveram relação de singularidade com outras pesquisas, que analisaram as práticas dos enfermeiros na ESF, mostrando-se condizentes com os que vêm acontecendo nas ESF de outros municípios e estados. Os enfermeiros têm-se empenhado em dar conta da grande gama de atribuições, as quais respondem, porém as dificuldades para a realização dessas ações precisam ser mais bem trabalhadas por todos os atores deste processo.

A realização desta pesquisa possibilitou o alcance dos objetivos propostos que foram demonstrar a importância da atuação do enfermeiro como supervisor e educador dos Agentes Comunitário de Saúde, para que assim possa oferecer uma melhor assistência à saúde de forma preventiva e proporcionar uma melhor qualidade de vida à população.

Ao desenvolver essa função de supervisor e educador com os profissionais de enfermagem de nível médio e ACS, o enfermeiro deve sempre valorizar o saber popular desses trabalhadores para assim encontrar um espaço para introduzir novos saberes por meio de uma metodologia que melhor possibilita a qualificação dos mesmos, no cenário em que eles atuam, além de permitir a sistematização do conhecimento e uma maior articulação entre eles, e ainda o empoderamento do grupo para participar das discussões sobre ações de promoção de maior impacto a serem desenvolvidas na comunidade da área de abrangência da UBS.

Dessa forma, os enfermeiros inseridos na atenção primária vêm exercendo suas funções de supervisão e educação dos profissionais sob sua responsabilidade conforme a lei do exercício profissional (COREN, 2001) .

Conclui-se que quando o enfermeiro promove de maneira eficaz, se tratando de uma educação continuada a partir de estratégias metodológicas inovadoras com a equipe multiprofissional juntamente com os ACS, propicia conhecer a própria realidade, além de

garantir um ambiente de dialogo, entre os atores envolvidos com troca de experiências, sensibilização, conscientização, participação, mobilização e autonomia.

## Referências

ALENCAR, R.C.V. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**. Belo Horizonte-MG. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais. p 25, 2006.

BRASIL. M, S. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU – Diário Oficial da União; Poder Executivo, 20 de set. 1990.

\_\_\_\_\_. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família, Brasília, V.1, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica PNAB / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Portaria nº 648/GM 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 Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área da enfermagem. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem**. Proposta pedagógica: o plano da ação. Brasília: Ministério da Saúde 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo Saúde nos Municípios**. Conselho Nacional das Secretarias Municipal de Saúde. 3ª Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.16ª Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1997. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 24 de abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Educação Permanente**. Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família, Brasília, v.3, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Comunidade Solidária. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999.

CAMPOS, G. W. de S., 1997. **Subjetividade e administração de pessoal**: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde. In: **Agir em saúde**: um desafio para o público (E. E. Merhy & R. Onocko, or.), pp.229 – 266, São Paulo: Editora Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial.

CAMPOS, F. E. DE & BADUY, R. E., 1998. **Programa de Saúde da Família**: 103 oportunidade para a transformação da educação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**, 4 (16): 4-5.

COSTA, M. B. S.; SILVA, M. I. T. **Impacto da criação do Programa Saúde da Família na atuação do Enfermeiro**. Revista de enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.12, p.272 – 279, 2004.

FERNANDES, T. C. L. Agente de Saúde em comunidades urbanas. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.134-139, 1992.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1328-1333, set/out. 2004.

LAKATOS, E.; MARCONI M. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

L'ABBATE, S. **Educação e serviços de saúde**: avaliando a capacidade dos profissionais. Cadernos de Saúde Pública, 1999

LIMA, C. B. Curso Programa da Família: concepção a cerca do PSF, **Revista de Enfermagem Atual**, São Paulo, V.64, n° 25, 2005, p. 43-43, Mar/Abr, 2005.

MACHADO, K. Equipe Mínima, dilemas e respostas. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 8-10, nov. 2006.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

NOGUEIRA, P.N, Ramos SBF, Vale VO. **A vinculação institucional de um trabalhador "sui generis"**: o Agente Comunitário de Saúde. Cadernos IPEA; 2002.

NUNES, T. C. M., 1986. A supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2(4): 466-474.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação social nos conselhos de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo v.13, n.2, p.56-59, 2003.

PEREIRA, A. L. F.; **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde.** Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 2003.

PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006.

PEDROSA, M. N.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v.35, n.3, p.303-11, junho 2001.

PULGA, J. Fraporti L, Martinelli M, Camargo SB, Tagliari MH, Moretto EFS. **Consulta de enfermagem no Programa de Saúde da Família na visão do usuário.** Rev Téc Cient Enferm. 2005;3(11):281-9.

SILVA, K. F. N. **O trabalho do ACS: A visão dos usuários,** Revista Enfermagem Atual, v.5, n.26, p. 24 – 28, 2005.

SOARES, B. A., Santos, M. R. As relações trabalhistas no programa de Saúde da Família: A percepção de médicos e enfermeiros do município de IPU-CE. **Revista Nursing**, São Paulo, V.64, nº 6, p.21-27, setembro, 2003.

SOUZA, A. A., MOURÃO, A. M. A. **A construção do trabalho em equipe:** uma tarefa do coletivo dos profissionais de saúde. Revista APS, V.4, nº3, p.33-38, 2003.

SOUZA, M. F. Enfermeiro do PSF: acumulam o capital de esperança. **Revista Nursing**, São Paulo. V.64, n.6, p.35-38, 2003.

SOUZA, Rafaela A. e CARVALHO, Alysson M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. Disponível em <<http://www.scielo.com.br>>.

ZARIFIAN, Philippe. Objectif compétence: pour une nouvelle logique. Paris: Liaisons, 1999.