



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JERISON RODRIGUES DOS SANTOS

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: análise literária acerca dos
desafios na visita domiciliar**

Itaituba, PA

2019

JERISON RODRIGUES DOS SANTOS

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: análise literária acerca dos
desafios na visita domiciliar**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Esp. Maria Bernadeti dos Santos
Coelho.

Itaituba, PA

2019

JERISON RODRIGUES DOS SANTOS

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: análise literária acerca dos
desafios na visita domiciliar**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Esp. Maria Bernadeti dos Santos
Coelho.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: 100
Prof. Maria Bernadeti dos Santos Coelho, Esp.

Avaliador: _____ Nota: 100
Prof. Rosangela Rodrigues de Aguiar, Esp.

Avaliador: _____ Nota: 100
Prof. Marcio Silva da Conceição, Mestre.

Resultado: APROVADO Média: 100

Data: 07 de março de 2019

*A minha família, em especial a minha mãe **Maria Cardoso** e meu pai **Josely Melo** in memória pelo amor e dedicação com a qual me criaram me ensinando sempre os caminhos retos, sendo honesto e tendo respeito pelo ser humano.*

AGRADECIMENTO

Agradeço a **Deus** pelo dom da vida, por me manter de pé diante das dificuldades e problemas, dando-me sabedoria, coragem e paciência para superá-los.

Aos meus irmãos **Jarlison Rodrigues, Gleica Rodrigues, Glandesmon Rodrigues, Janderlane Rodrigues, Jessilane Rodrigues, Darliane Rodrigues, Gleiciane Rodrigues e Jardson Rodrigues** que apesar das indiferenças sempre estiveram unidos, encorajando-me nesta jornada fora do aconchego do nosso lar.

A **Francinely Santos** pela sua humildade imensurável, a pessoa que esteve comigo em todos os momentos de que precisei, seja no trabalho na UBS Piracaná, da qual fiz parte, nos estágios, na sala de aula e na vida, muitas vezes dando-me aqueles ralhos dos quais precisava para despertar para o que realmente é importante, obrigada por ser sempre verdadeira, amiga e companheira.

A **Equipe da GAZIN da 18ª Rua**, em especial ao gerente **Andrey Rafael** pela oportunidade que me proporcionou, e por não me deixar desistir da Faculdade, incentivando-me sempre.

Ao Sr. **Joilson Alves** (gerente da Loja Morenta) por ser flexível, dando a oportunidade de resolver problemas pessoais e externos, sem questionar-me por isso.

A **Enfª Andreia** que foi a pessoa que ao ver meu sofrimento em um emprego que não era flexível as minhas necessidades acadêmicas, em que eu não era tratado como ser humano, que não me dava à oportunidade de crescer, pois não tinha direito apenas dever, como dizia meu patrão “eu não te pago para estagiar e sim para trabalhar”.

Aos meus patrões **João Seredinick, Adelat Seredinick, Karine Seredinick, Charles Seredinick, Maikel Seredinick e Cleiton Seredinick** por serem compreensíveis, flexíveis, incentivadores à minha profissão, ao apoio profissional e pessoal.

Aos professores **Enf. Cleidson Colares, Enf. Adriano Coutinho, Enf. Bruna, Enf. Karla, Enf. Rosangela, Dr. Jossehan Galúcio, Márcio Silva, Silvio Jadão, Walbea Lúcia, Gislaine, Suzane e Anderson** pelo conhecimento repassado a nós com tanto profissionalismo e respeito.

Aos colegas de faculdade **Darlene de Jesus, Maria Elenilza, Andreia, Eliziane, Sherlle Neri, Melquesedeque, Brenda Thainan, Regina Pontile** pela parceria, brincadeiras e estarem presente em minha vida acadêmica.

Aos amigos **Dylan Pimentel, Elvis Lima, Elson Guimarães, Cosmo Lopes, Lucas Diogo, Rubens Silva, Silvestre Santiago** por estarem sempre presente nos momentos bons e ruins pelos quais passei.

As amigas **Tayse Oliveira, Sara Lopes, Isabela, Silvia Mara** que nunca me abandonaram, pois sempre que precisei estavam aqui para me ajudar.

A **Enf. Luciana** por ser uma profissional maravilhosa, que sempre buscou incentivar-me a ir a busca dos meus objetivos, a pessoa que me deu os primeiros livros de enfermagem com os quais tive contato com a Enfermagem.

As Enfermeiras **Hellyana Ribeiro e Ercília** por serem ótimas profissionais, pessoas com as quais trabalhei e com quem pude aprender muito.

Ao **FIES**, pois sem o Programa ficaria inviável para eu pagar a faculdade integral, talvez até tendo que desistir do meu objetivo.

Aos meus fiadores **Leonardo Moraes e Adalberto Albuquerque Neto** pois sem ele meu sonho de ser enfermeiro jamais poderia ser alcançado e pela confiança que depositaram em mim.

A **Faculdade de Itaituba** por nos proporcionar uma graduação de qualidade, sempre preocupada com a formação acadêmica, com ótimos profissionais para que tenhamos êxito na vida profissional

Ao **Hospital Municipal de Itaituba** por nos permitir realizar os estágios supervisionados, aprimorando o conhecimento e nos permitindo a enfrentar situações difíceis e rotineiras na vida do Enfermeiro.

A **UBS Floresta**, em especial a enfermeira **Nelcilene Melo** pelo conhecimento repassado em sala de aula, laboratório e a prática na Unidade de Saúde.

A **UBS Liberdade**, em especial a **Enf. Ruth Aguiar** por nos receber e tratar sempre com respeito, permitindo-nos aprimorar o conhecimento adquirido ao longo da graduação.

A **cidade de Itaituba** por me receber com filho adotivo, Cidade que já amo como se tivesse nascido aqui, pelas conquistas e amizades que aqui fiz.

A **Equipe da UBS Piracaná**, que me receberam com todo carinho quando fiz parte da equipe, ensinando-me no que tinha dúvidas, permitindo-me aprimorar meus conhecimentos e me fazendo sentir parte dessa grande família.

A minha orientadora **Enf. Maria Bernadeti** por estar sempre solicita as minhas dúvidas, me auxiliando na construção deste que é nada mais que o passo crucial para minha formação acadêmica.

A vida é um constante recomeço. Não se dê por derrotado e siga adiante. As pedras que hoje atrapalham sua caminhada amanhã enfeitarão a sua estrada.

Autor desconhecido

RESUMO

A visita domiciliar permite conhecer a realidade das pessoas, trocar informações dos familiares e assim subsidiar a construção de projeto de cuidados mais próximo das famílias. Sendo uma prática que permite a construção de vínculos, pois proporciona ambiente e um atendimento mais humanizado, indo além das orientações, com intuito de promoção da saúde e qualidade de vida das famílias. Neste sentido as seguintes questões que nortearam a pesquisa foram: Quais os desafios encontrados pelos ACS na Visita Domiciliar? E quais as soluções para estes desafios? O presente estudo objetiva-se em conhecer a rotina dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os desafios encontrados por eles (as) nas visitas domiciliares, bem como, descrever as principais estratégias (soluções) para tais desafios. Tendo como relevância o fato de existirem poucos estudos relacionados ao tema, levando em conta a importância desse profissional no processo da saúde-doença. O presente estudo é do tipo descritivo com uma abordagem qualitativa, a partir de dados secundários coletados em Artigos Científicos, Manuais do Ministério da Saúde, Monografias, etc. A pesquisa foi realizada em 53 artigos e 02 monografias previamente selecionados. E como resultados verificou-se que entre as principais limitações na visita domiciliar é a sobrecarga de trabalho, seguindo a dificuldade na organização do tempo cronológico para realização dessas visitas. O horário em que as famílias têm disponibilidade também é um fator bastante relatado na pesquisa, pois nunca coincide com o horário de trabalho dos ACS. Hora estão trabalhando, hora estudando, tendo apenas o horário de almoço, que é o mesmo que o das ACS, o que gera grande tensão entre os ACS. Portanto, a Visita Domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve ser compreendida como um meio de melhoramento da saúde pública no Brasil, no entanto, precisa-se sensibilizar os gestores sobre a importância de proporcionar meios para realização dessas visitas.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Visita Domiciliar. Desafios. Programa de Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

The home visit allows to know the reality of people, exchange information about family members and thus subsidize the construction of a care project closer to families. Being a practice that allows the construction of bonds, as it provides an environment and a more humanized service, going beyond the guidelines, in order to promote health and quality of life for families. In this sense, the following questions that guided the research were: What are the challenges found by the CHA in the Home Visit? And what are the solutions to these challenges? The present study aims to get to know the routine of Community Health Agents (CHA), the challenges they encounter in home visits, as well as to describe the main strategies (solutions) for such challenges. Having as relevance the fact that there are few studies related to the theme, taking into account the importance of this professional in the health-disease process. The present study is of the descriptive type with a qualitative approach, from secondary data collected in Scientific Articles, Manuals of the Ministry of Health, Monographs, etc. The research was carried out in 53 articles and 02 monographs previously selected. As a result, it was found that among the main limitations in home visits is work overload, following the difficulty in organizing the chronological time for these visits. The time at which families have availability is also a factor that has been widely reported in the survey, as it never coincides with the work hours of the CHA. Time is working, time is studying, having only lunch time, which is the same as that of the CHA, which generates great tension between the CHA. Therefore, the Home Visit of the Community Health Agent (CHA) must be understood as a means of improving public health in Brazil, however, it is necessary to sensitize managers about the importance of providing means to carry out these visits.

Keywords: Community Health Agent. Home visit. Challenges. Community Health Agent Program.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Os princípios do SUS descritos na Lei nº 8.080/90.....	19
Quadro 02 – As atribuições do Agente Comunitário de Saúde.....	31
Quadro 03 – Riscos específicos de cada área de atuação.....	38
Quadro 04 – Resultado da pesquisa sobre desafios enfrentados pelo ACS na visita domiciliar.....	48
Quadro 05 – Resultado da pesquisa sobre as estratégias para aprimoramento do trabalho ACS na comunidade.....	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 –	Diretrizes da Atenção Básica.....	24
Figura 02 –	Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família implantadas – Brasil, de 2006 a julho/2007.....	26
Figura 03 –	Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde – Brasil, julho/2008.....	27
Figura 04 –	Profissionais que devem conter uma Equipe de Saúde da Família.....	29
Figura 05 –	Fluxo de Cadastro/Atualização usando aplicativo e-SUS território.....	35
Figura 06 –	Seleção do material.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CF – Constituição Federal
DF – Distrito Federal
E- SUS AB CDS – Sistema Informação da Atenção Básica (off-line)
E- SUS AB PEC – Sistema Informação da Atenção Básica (online)
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FNS – Fundação Nacional da Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IRA – Insuficiência Respiratória Aguda
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde
PMAQ – Programa de Melhoria da Qualidade na Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TRO – Terapia de Reidratação Oral
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância
US – Unidade de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família
VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE.....	16
2.1.1	O SUS na Constituição Federal	17
2.1.2	As Leis Orgânicas da Saúde	18
2.2	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	21
2.2.1	Objetivo do PSF	24
2.2.2	O avanço do PSF no Brasil	26
2.3	MUDANÇA DE PSF PARA ESF.....	27
2.4	PROGRAMA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (PACS)	29
2.4.1	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	30
2.4.1.1	Visita Domiciliar do ACS	32
2.4.1.2	Cadastramento de Domicílios e Indivíduos.....	33
2.4.1.3	Roteiro da Visita Domiciliar do ACS	37
2.5	O ACS E AS DIFICULDADES ENFRENTADAS NA VISITA DOMICILIAR.....	41
2.5.1	O adoecimento do profissional ACS.....	42
3	METODOLOGIA	45
3.1	TIPO DE ESTUDO	45
3.2	IDENTIFICAÇÃO DAS FONTES	45
3.3	ANÁLISE DOS TEXTOS.....	46
3.4	DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	46
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	46
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1	OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) NA VISITA DOMICILIAR.....	47
4.2	ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ATUAÇÃO DO ACS NA COMUNIDADE.....	59
5	CONCLUSÃO	65

REFERÊNCIAS	66
ANEXO A	78
ANEXO B	80
ANEXO C	82

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem como um avanço na saúde pública no Brasil, dando mais atenção aos problemas de saúde pública da população. As equipes montadas e treinadas servem como base para descobrir os diversos problemas e intensificar o trabalho de prevenção (HORTA *et al.*, 2009; CORDOBA, 2013).

Para fortalecer a Estratégia criou-se o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), tendo este como principal objetivo trabalhar na promoção, prevenção, reabilitação e recuperação, tendo uma nova visão dos diversos processos da Vigilância Epidemiológica (HORTA *et al.*, 2009).

Sendo o agente comunitário de saúde, o profissional que desenvolve um trabalho de grande relevância dentro da comunidade, ajudando na busca de soluções para os problemas de saúde da população. Atuando na promoção e prevenção no acompanhamento das crianças de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, obesos, acamados, domiciliados, etc. e mantendo os dados atualizados desses pacientes na Unidade Básica de Saúde (UBS) (PORÃ, 2015).

Assim, a visita Domiciliar do ACS é o momento que deve ser aproveitado para a realização de ações que visam atendimento educativo e assistencial, possibilitando o monitoramento e o planejamento das ações de saúde local (SANTANA *et al.*, 2011). O ACS deve utilizar como base para programar as visitas, as especificidades individuais ou familiares, assim, a seleção do indivíduo e/ou das famílias deve ser pautada nos critérios definidores de prioridades, necessitando que esta seja programada rotineiramente (OHARA; RIBEIRO, 2008).

Dessa forma, o ACS surge como o pontecializador frente aos indivíduos e a comunidade, no entanto, é importante repensar em que condições vem se consolidando a prática deste profissional no SUS (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Nascimento *et al.* (2017) destaca aspectos que limitam/dificultam o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, dentre elas, as questões socioeconômicas das famílias, dificuldades no acolhimento e vínculo com algumas famílias, baixos salários, falta de capacitação, falta de resolutividade dos casos, falta de reconhecimento profissional por parte da população e da chefia, de instrumentos e tecnologias.

Ainda são relatadas como desafios nas visitas domiciliares do ACS, questões de logísticas e ambientais. Destacando-se, a dificuldade em encontrar as pessoas no domicílio, chuva, sol escaldante, distância entre a unidade e os domicílios, animais soltos, precarização de estradas, domicílios fechados e, em algumas localidades ainda, o convívio com o tráfico de drogas e os riscos das doenças infectocontagiosas (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Dessa forma, torna-se fundamental revelar as problemáticas que prejudicam o pleno desempenho das atividades diárias desse profissional, para intervir de forma efetiva nos cenários assistenciais. A partir disso, questiona-se quais as dificuldades enfrentadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho?

O presente estudo objetivou conhecer os desafios encontrados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares, sua rotina, bem como, descrever estratégias (soluções) para melhorar a atuação do ACS na comunidade.

A relevância da pesquisa dá-se ao fato de existir poucos estudos relacionados ao tema, uma vez que este profissional tem grande importância no processo saúde-doença. E, portanto, todo problema que o afeta, reflete diretamente no tipo de trabalho que este desenvolverá na Comunidade.

Este trabalho estruturou-se em cinco capítulos, o primeiro discorre há cerca da apresentação da temática; sucedido pela fundamentação teórica, relacionada a publicações e estudos da área; o terceiro trata-se da metodologia da pesquisa; seguido dos resultados e discussão, obtida por meio da coleta e análise de dados; o quinto expõe a conclusão, ressaltando as relevâncias do trabalho no contexto da saúde pública, com foco nos alcances dos presentes objetivos, encerrando-se com as referências e anexos, para auxílio metodológico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE

O modelo assistencial de saúde pública brasileiro passou por diversas mudanças ao longo de sua evolução, acompanhando as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico e mantendo sua característica marcante (AGUIAR, 2011a).

A Política de Saúde esteve intimamente ligada ao capitalismo nacional, que era influenciado pelo capitalismo internacional na época, ou seja, a saúde não estava entre as prioridades da política do estado brasileiro. No entanto, em episódios de epidemias e endemias, é que recebiam uma atenção mais especial, visto que, que refletiam diretamente na área econômica ou social e ameaçavam o modelo capitalista adotado (AGUIAR, 2011a; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2011).

Com ênfase na assistência médico-hospitalar, a assistência à saúde no Brasil deu-se a partir da evolução da previdência social, onde o serviço privado era contratado no intuito suprir os serviços do qual o Estado não poderia ofertar (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2011).

Consolidando a responsabilidade **bipartite**: ficando o Ministério da Saúde (MS) e suas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde incumbidos das ações preventivas e de caráter coletivo, enquanto que as ações curativas de caráter individual seriam assumidas pela Previdência Social e pela medicina liberal (AGUIAR, 2011a; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2011; FIGUEIREDO; CAMARGO; SCHNEIDER, 2012).

Segundo Silva e Morell (2012), para se criar uma Rede de serviços públicos é necessário conhecimento técnico e a submissão a princípios e um trabalho árduo e longo. Ressaltam ainda que, se o Programa de Saúde Pública não corresponde as reais necessidades da população ao qual se destina, torna-se insignificante e frustrante aos técnicos que o executam, gerando desperdícios de proporções gigantescas.

Criado pela Constituição Federal (CF) de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como principal objetivo acesso Universal ao atendimento público de saúde a toda população brasileira. Visto que, até então, a assistência médica era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita às pessoas que contribuíssem com a previdência social.

As demais eram atendidas apenas em serviços filantrópicos (BRASIL, 2009; PAIM, 2010; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2011; BRASIL, 2011a).

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos. Abrange do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos e é o único a garantir acesso integral, universal e igualitário (BRASIL, 2011c).

Conforme Brasil (2011c) antes da CF o atendimento nos hospitais públicos era ofertado para uma minoria, chegando apenas a 30 milhões de brasileiros, porém a partir da promulgação da Carta Magna este acesso estendeu-se para todos os cidadãos brasileiros, sejam naturais ou naturalizados.

O SUS é para todos, livre de discriminação, garantindo acesso integral à saúde de qualidade desde a gestação e se estende por toda a vida do cidadão. Estudos recentes revelam que 152 milhões de pessoas têm no SUS o seu único acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Além da assistência médico-hospitalar, o SUS realiza ações de promoção e prevenção da saúde, através de vacinação e o controle das doenças nas cidades, no interior, nas fronteiras, portos e aeroportos. Atuando ativamente na vigilância permanente de ordem sanitária, ambiental, segurança do trabalho e higiene dos estabelecimentos e serviços (BRASIL, 2011c; CORDOBA, 2013).

No regulamento dos registros dos insumos, equipamentos e medicamentos; controlando o nível de qualidade dos alimentos e sua manipulação. E ainda, normaliza os serviços e define padrões para garantir maior proteção à saúde (BRASIL, 2011c).

2.1.1 O SUS na Constituição Federal

Estabelecido formalmente pela CF/88 o SUS é o sistema de saúde, que tem como conjunto de serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas de saúde em todas as esferas, além dos serviços privados como complementares (AGUIAR, 2011b; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2011).

Em 1988, o Brasil promulgou a sua 7ª Constituição, também chamada de Constituição Cidadã, contando com participação significativa da população em sua elaboração, buscando a plena realização da cidadania (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011a; CARVALHO, 2013). Tendo como finalidade máxima construir as condições

políticas, econômicas, sociais e culturais, para assim, garantir a concretização ou efetividade dos direitos humanos, num regime de justiça social (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2011; NORONHA; PEREIRA, 2013).

Em seus cinco artigos do 196 ao 200 versa sobre os direitos sociais à saúde: o primeiro dessa seção diz: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, este direito deve ser garantido pelas três esferas, no que tange as suas responsabilidades. Através de políticas sociais e econômicas com acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação e para reduzir o risco de doença e de outros agravos (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011a; AGUIAR, 2011b).

As Políticas sociais e econômicas contribuem para que o cidadão possa ter com dignidade: moradia, alimentação, habitação, educação, lazer, cultura, serviços de saúde e meio ambiente saudável (BRASIL, 2009; AGUIAR, 2011b). Brasil (2009) e Aguiar (2011b) corroboram ainda que, Saúde não diz-se apenas da ausência da doença, mais um resultado do modo de vida das pessoas, acesso a bens e consumo, à informação, à educação, ao saneamento, pelo estilo de vida, nossos hábitos, a nossa maneira de viver, nossas escolhas. Isso significa dizer que a saúde é determinada socialmente.

Em seu Artigo 198 a Constituição define que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com suas diretrizes: a **Descentralização**, com direção única em cada esfera de governo; **Atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e por fim, a **Participação da Comunidade** (BRASIL, 2011a).

2.1.2 As Leis Orgânicas da Saúde

Criado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o SUS tinha como principal objetivo minimizar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibida a cobrança de qualquer valor referente ao atendimento ou similares (CORDOBA, 2013).

A Lei nº 8.080, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde ou Lei do Sistema Único de Saúde, versa sobre a regulamentação do artigo 198 da

Constituição Federal. Estabelecendo parâmetros para o funcionamento do sistema de saúde em todo o território nacional e definindo seus responsáveis em cada esfera de governo. Ressaltando as competências e responsabilidades de cada gestor (BRASIL, 2009; PAIM, 2010; AGUIAR, 2011b; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO; 2011; CARVALHO, 2013).

Foi criada ainda em 1990, a Lei nº 8.142 com o objetivo de regulamentar a **participação popular** descrita no artigo 198 da CF/88. Tornando o SUS, uma realidade, em meio a problemas e desafios a serem enfrentados para a concretização dos seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2009; AGUIAR, 2011b).

Conforme Cordoba (2013), a meta do Sistema Único de Saúde é tornar-se um órgão de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, oferecendo serviços com qualidade adequados às necessidades, independentemente do poder aquisitivo do cidadão; propõe também a promoção à saúde, priorizando as ações preventivas e democratizando as informações para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

Desta forma, estão descritos no Quadro 01 os princípios do SUS que estão na Lei nº 8.080/90.

Quadro 01 – Os princípios do SUS descritos na Lei nº 8.080/90

Universalidade: Todos têm direito ao acesso à assistência à saúde nos seus três níveis:

- Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica: são ações destinadas à prevenção e resolução dos problemas de saúde mais simples e comuns, utilizando tecnologia simplificada, sendo este o primeiro contato do indivíduo, família e comunidade com o sistema de saúde. Essa assistência é prestada pela Unidade Básica de Saúde (UBS).
- Atenção Secundária à Saúde: ações de saúde que utilizam tecnologia de média complexidade. Essa assistência é prestada principalmente pelos ambulatórios de especialidades e por hospitais de pequeno e médio porte.
- Atenção terciária à Saúde: nível de atenção à saúde prestado pelos grandes hospitais gerais especializados, os quais utilizam tecnologia mais complexa.

Integralidade: é o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde também formam um todo indivisível e não podem ser vistas como ações independentes; o homem é um ser biopsicossocial e deverá ser atendido de uma forma integral por um sistema voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde; as unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, formam um todo indivisível, configurando um

sistema capaz de prestar assistência integral.

Equidade: todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, até o limite do sistema, sem barreiras e sem privilégios. Ou seja, nos serviços públicos não pode haver distinção entre as pessoas. A assistência deve ser oferecida sem preconceitos ou privilégios; nenhum atendimento há de privilegiar quem quer que seja, nem quanto à qualidade dos serviços nem quanto à preferência de pessoas, tampouco à cobrança de valores adicionais e outros.

Descentralização: é uma redistribuição de responsabilidades entre as três esferas governamentais (municipal, estadual e federal), sendo prioritário o poder municipal pela municipalização dos serviços de saúde; porém, os governos estaduais e o federal continuam no processo de descentralização fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

Hierarquização: o acesso da população à rede de serviços deve ser por meio dos serviços de assistência primária, que devem estar qualificados para atender e resolver a maioria dos problemas de saúde da população (85%); os problemas que não forem solucionados no nível primário deverão ser encaminhados aos serviços de maior complexidade tecnológica, estabelecendo as referências e organizando os serviços de maior complexidade tecnológica, estabelecendo as referências e organizando os serviços de forma hierarquizada.

Regionalização: distribuição de serviços de saúde (primário, secundário e terciário) em uma determinada área, organizados de maneira a atender à população da região, estabelecendo-se o território e levando-se em consideração o número de habitantes, os serviços existentes e as características epidemiológicas dessa população. Esses serviços estão relacionados ao processo de construção de um sistema que resolve os problemas no âmbito de uma determinada área constituída por um ou mais municípios, ou, ainda, no caso da complexidade do município de São Paulo, em que dentro de um mesmo município há várias regiões.

Resolubilidade: é a exigência de que o sistema esteja capacitado para resolver os problemas de saúde, tanto os individuais como os coletivos, ainda que o serviço de assistência procure pelo indivíduo que não tenha condições de solucioná-los, mas que encaminhe para que outro serviço o faça.

Fonte: Cordoba (2013)

Além dos princípios descritos acima, são encontrados ainda na Lei nº 8.080/1990, os preceitos a seguir:

- Direito à informação;

- Organização dos serviços públicos para evitar a duplicidade de meios para fins idênticos;
- Preservação da autonomia na defesa de sua integridade física e moral;
- Utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades, alocar recursos e programas.

Buscando sanar as necessidades e solucionar os problemas de saúde da população, adotou-se um modelo de atenção à saúde, através de um processo de construção, organização e reorganização das ações de saúde, contribuindo para uma melhor assistência à saúde (BRASIL, 2009; AGUIAR, 2011c).

Assim, ao SUS cabe a tarefa de promoção e proteção à saúde, como direito de todos e dever do Estado, garantindo atenção contínua e com qualidade aos indivíduos e às coletividades, de acordo com as diferentes necessidades (BRASIL, 2009).

2.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Consagrado através da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de longos processos de lutas e conhecimento, através de um intenso movimento Social pela Reforma Sanitária brasileira, em vários âmbitos da sociedade brasileira. Sua redação final serviu de base para que em 1988, fosse redigido o capítulo dedicado à definição da Saúde no interior da Seguridade Social e como direito universal e dever do Estado (BRASIL, 2011c; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2011; RODRIGUES, 2011; FIGUEIREDO; CAMARGO; SCHNEIDER, 2012).

Segundo Codorba (2013), os assuntos discutidos na VIII Conferência Nacional da Saúde foram fundamentais para elaboração dos tópicos referentes à saúde na Constituição Federal de 1988. Os principais pontos aprovados na Carta Magna de 1988 foram:

- O direito universal à saúde;
- A saúde como um dever do Estado;
- A constituição do SUS integrando todos os serviços públicos em uma rede;
- A preservação dos princípios aprovados pela VIII Conferência;
- A participação do setor privado no SUS de forma complementar; e
- A proibição da comercialização de sangue e de seus derivados.

A implantação do SUS nos anos 90 foi evidenciada pelas **reformas neoliberais** e Organismos Internacionais, como: Banco Mundial, Organização Mundial (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para a área da saúde (FIGUEIREDO; CAMARGO, 2012).

Como explica Cordoba (2013) na citação abaixo, o sistema público de saúde, baseado no Programa Saúde da Família e Programa de Agente Comunitário de Saúde, foi criado com base nos modelos assistenciais de países desenvolvidos.

Em dezembro de 1993, foi realizado um encontro com integrantes do Ministério da Saúde sobre o êxito do PACS e a necessidade de incorporar novos profissionais e ampliar as ações e a forma de abrangência. Vale ressaltar que essa reunião recebia o apoio do UNICEF, e que experiências de outros países em Atenção Primária, como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, ajudaram na formulação do modelo brasileiro (CORDOBA, 2013, p.15).

O autor ainda corrobora que nessa discussão preliminar os resultados apresentados foram positivos, como por exemplo, a redução da taxa de mortalidade infantil reforçavam a assertividade em relação a essa estratégia, assim em 1994, o Ministério da Saúde passou a investir cada vez mais no projeto. Dessa maneira, o PSF tornou-se um dos pilares da sustentação do SUS. Ressalta-se que, a política que instituiu o PSF é de âmbito federal, sendo os recursos repassados aos estados, Distrito Federal e municípios (CODORBA, 2013).

O Programa Saúde da Família teve sua origem no Brasil, quando o Ministério da Saúde formulou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de diminuir a mortalidade materno-infantil nas regiões Norte e Nordeste, por meio da expansão para áreas mais carentes. Surgiu da necessidade de melhorar o acesso ao sistema de saúde e implementar as ações de prevenção e promoção da saúde, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição (FIGUEIREDO; MILLÃO, 2012; CODORBA, 2013).

Contempladas no novo modelo, as diretrizes preconizadas pelo SUS, a universalidade da assistência, sua integralidade e a participação da comunidade em sua gestão, devem respeitar as características regionais de cada município, assim como suas necessidades (CORDOBA, 2013).

Estando a Atenção Primária à Saúde (APS) diretamente ligada à organização das Normas Operacionais (NOB e NOAS) (AGUIAR, 2011c). Elas devem discorrer sobre o conjunto de normas elaboradas pelo Ministério da Saúde para nortear a

transferência de recursos financeiros, definir os papéis dos gestores em todas as esferas governamentais, assim como disciplinar a organização da gestão. Sendo editadas em 1991, 1993, 1996, 2001, gerando implicações na consecução dos direitos assegurados em lei (AGUIAR, 2011c; BRASIL, 2011a; RODRIGUES, 2011; FIGUEIREDO; CAMARGO, 2012).

O Ministério da Saúde lançou em 1994 o PSF como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) devendo esta atuar de forma organizativa e substitutiva, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais (RODRIGUES, 2011).

A Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, define a Atenção Básica como:

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, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação da saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011b, p.01).

Assim, a PNAB é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a população de territórios definidos, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011b; CORDOBA, 2013).

Utilizando-se de tecnologias de cuidado, complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser colhidos (CORDOBA, 2013).

Na Figura 01 estão dispostas as diretrizes da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS).



Figura 01 – Diretrizes da Atenção Básica Fonte: Brasil (2012a)

Conforme Brasil (2012a), a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

2.2.1 Os objetivos do PSF

O Programa de Saúde da Família idealizado no final da década de 80 estava ligado à Coordenação de Saúde da Fundação Nacional da Saúde (FNS) como resposta a demanda existente. Definido como um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde, responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (RODRIGUES, 2011).

Assim, Rodrigues (2011) destaca os principais pontos da proposta de 1994 e seus objetivos são os seguintes:

Características da proposta:

- Cada equipe básica do PSF seria responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitassem de 800 a 1000 famílias.
- Composição das equipes: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.
- Regime de trabalho de dedicação exclusiva e residência obrigatória na comunidade para os agentes comunitários de saúde.
- Atendimento integral a cada pessoa das famílias.
- Participação da comunidade no controle de qualidade dos serviços prestados pelo PSF.
- O PSF como a porta de entrada do sistema de saúde.

Objetivos, entre outros:

- Melhorar o estado de saúde da população, por meio de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade, que inclua desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e tratamento de doenças.
- Divulgar o conceito de saúde como direito do cidadão.
- Promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, em um enfoque comunitário.
- Prestar atendimento básico de saúde de forma integral, a cada membro da família, identificando as condições de risco para a saúde do indivíduo.
- Humanizar o atendimento e estabelecer um bom nível de relacionamento com a comunidade.
- Organizar o acesso ao sistema de saúde.
- Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento no sistema de saúde.
- Promover a supervisão e a atualização profissional para garantir boa qualidade e eficiência no atendimento.
- Proporcionar atenção integral, oportuna e contínua à população, no domicílio, em ambulatorios e hospitais.
- Incentivar a participação da população no controle do sistema de saúde.

A discussão e aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, traduzida no Pacto pela Saúde, conjugado pelas três esferas de governo em fevereiro de 2006, teve seu fortalecimento através da implantação do PSF e empoderamento da

Atenção Básica, sendo estes elementos estratégicos permanentes para a consolidação do SUS (BRASIL, 2010; RODRIGUES, 2011).

2.2.2 O avanço do PSF no Brasil

A implementação do número de equipes de Saúde da Família, com cobertura crescente da população brasileira e melhoria na assistência e de seus mecanismos gestores, mostrou-se com um dos principais avanços desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (BRASIL, 2010). Nesse contexto, a implantação e o desenvolvimento de políticas e programas de saúde se tornam extremamente importantes. Para isso, os profissionais têm que ter conhecimentos interdisciplinares e atuar em equipes (CORDOBA, 2013).

Lugares geograficamente distantes dos grandes centros urbanos estão cada vez mais sendo integrados aos programas de Atenção Primária à Saúde, levando, com isso, o deslocamento de profissionais para regiões mais distantes. É justamente na Atenção Básica que os profissionais estão mostrando sua força, compromisso e competência, dando sustentação às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (CORDOBA, 2013), como mostra a Figura 02 e 03.

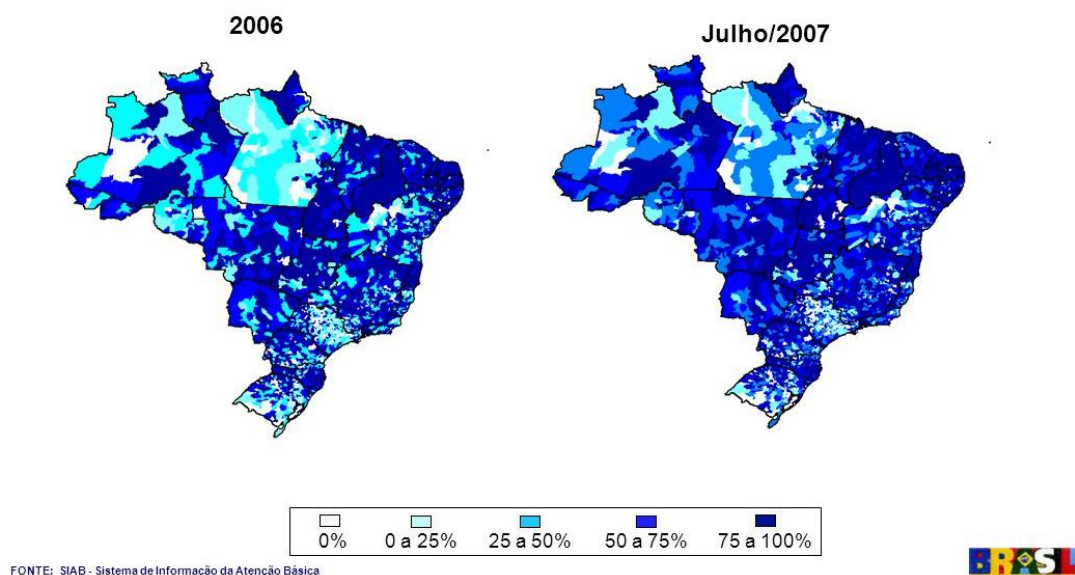


Figura 02 – Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família implantadas – Brasil, de 2006 a Julho/2007 Fonte: SIAB (2008)

A Figura 02 nos mostra a evolução do número de Equipes de Saúde da Família nos anos 2006 a primeira metade do ano de 2007, ficando explícito o

número expressivo de equipes implantadas, sendo que a Região Norte aparece com o menor número de equipes.

Porém, como mostra a Figura 03 abaixo houve um acréscimo significativo no número de equipes na primeira metade do ano de 2008. Neste período o Brasil já contava com 28.669 Equipes de Estratégia Saúde da Família em 6.208 municípios, 223.375 profissionais ACS em 6.328 municípios e 17.124 Estratégia de Saúde Bucal em 4.517 municípios.

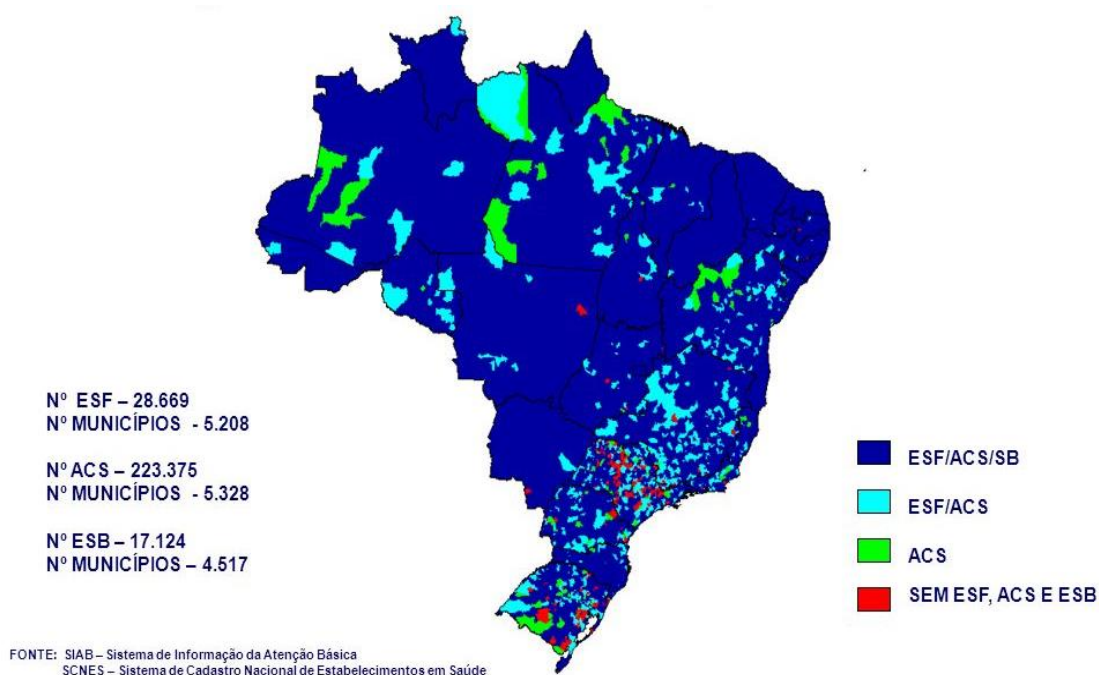


Figura 03 – Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde – Brasil, Julho/2008 Fonte: SIAB (2009)

As ações de promoção da saúde antes da criação do PSF estavam quase limitadas exclusivamente aos hospitais. Atualmente, essas ações migraram para os ambientes coletivos. Visto que, tornar o próprio indivíduo responsável sobre si é fundamental para uma promoção de saúde bem-sucedida, pois cada pessoa é responsável pelas escolhas que determinam o seu estilo de vida. Os profissionais que lidam com esse programa devem promover a saúde dos indivíduos pertencente a qualquer faixa etária. Assim, pode-se afirmar que a promoção da saúde começa antes do nascimento e se estende até a velhice (CORDOBA, 2013).

2.3 MUDANÇA DE PSF PARA ESF

Em 21 de outubro de 2011, por meio da publicação do Ministério da Saúde e do Gabinete do Ministro, foi aprovada a Portaria MS/GM nº 2.488, que revogou as

Portarias MS/GM nº 648/ 2006, nº 2.027/ 2011. A nova Portaria aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS) (CORDOBA, 2013). Com essa Portaria, a denominação Programa Saúde da Família (PSF) passou a ser Estratégia Saúde da Família (ESF).

Segundo Cordoba (2013), a Estratégia Saúde da Família é hoje uma das principais estratégias do Ministério da Saúde, implantada em quase todo território nacional, segue os princípios do SUS e tornou possível a democratização da saúde como nenhum outro programa já havia feito. Pois conseguiu mudar o perfil de saúde biomédico (curativo) para um modelo holístico (preventivo), promovendo a saúde a todos.

A ESF presta cuidados na Unidade de Saúde (US), tanto onde está localizada quanto nos domicílios de seus pacientes, realizando ações de saúde de forma integrada a todos os componentes da família. Além disso, intervém nos fatores de risco identificados na comunidade, que afetam direta ou indiretamente a saúde dos moradores, e estimula a organização comunitária para o exercício do controle social trabalhando em conjunto com a Unidade de Saúde (CORDOBA, 2013).

Implantado oficialmente em 1994, o PSF passou por mudanças em sua forma de ação e crescimento, uma vez que começou em pequenos municípios e hoje está inserido em grandes centros urbanos, nos quais foi adaptado em função do grande contingente populacional (CORDOBA, 2013).

Para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnica-científica, a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve estar no contexto da mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si (BRASIL, 2009; RODRIGUES, 2011; FIGUEIREDO; MILLÃO, 2012).

Com a finalidade de reorganizar a prática da atenção à saúde com novas bases, substituindo o modelo atual, chegando à saúde mais perto das famílias e, com isso, melhorando a qualidade de vida da população. A ESF atua como componente estruturante do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2009; AGUIAR, 2011d; RODRIGUES, 2011; FIGUEIREDO; MILLÃO, 2012).

Configurando o elemento-chave para alcançar a contínua comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com

a comunidade, nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Devendo as equipes de ESF serem compostas por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Imagem 04). E podem ser ampliadas com a equipe de Saúde Bucal, na qual estão presentes: dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2009; AGUIAR, 2011d; RODRIGUES, 2011; FIGUEIREDO; MILLÃO, 2012).

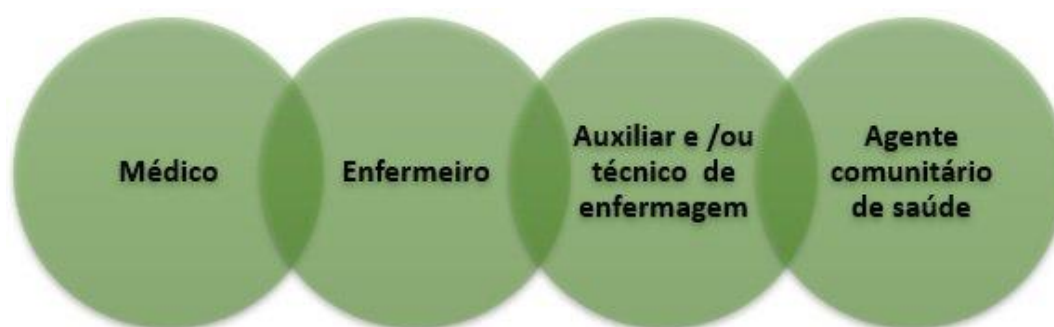


Figura 04 – Profissionais que devem conter uma Equipe de Saúde da Família Fonte: Brasil (2012)

O território de abrangência deve conter no máximo quatro mil pessoas cadastradas e acompanhadas que são de responsabilidade de uma equipe de saúde da família, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à sua saúde. A atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas unidades básicas de Saúde da Família, nas residências e nos espaços comunitários (BRASIL, 2009; RODRIGUES, 2011; FIGUEIREDO; MILLÃO, 2012).

A ESF é a porta de entrada do SUS, tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, o que facilita nas intervenções dos fatores de risco ao qual a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2009; AGUIAR, 2011d; RODRIGUES, 2011; FIGUEIREDO; MILLÃO, 2012).

2.4 PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) foi implantado oficialmente em junho de 1991 como iniciativa de algumas áreas do Nordeste, além

do Distrito Federal (DF) e São Paulo. Como resultado da participação popular nas discussões e na busca por melhoria na assistência (FIGUEIREDO; MILLÃO, 2012).

O PACS tinha como principal objetivo a diminuição da mortalidade materna e infantil no Norte e Nordeste do Brasil que tinha uma taxa muito elevada, bem como melhora as condições de saúde da dessa população. Esta nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, deveria ser da própria comunidade onde deveria atuar (BRASIL, 2009; FIGUEIREDO; MILLÃO, 2012).

Segundo Aguiar (2011d) em 2011 a portaria GM nº 2. 488/2011 revogou a portaria GM nº 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

2.4.1 Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Figueiredo e Millão (2012) descrevem o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como o elo entre a comunidade e a Equipe de Saúde da Família, identificando as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para melhoria das condições de vida da comunidade. Diminuindo as barreiras no processo de comunicação entre técnicos de saúde e a comunidade, respeitando as diferenças culturais e de hábitos.

A regulamentação da profissão de agente comunitário de saúde ocorreu em 2002, com a promulgação da Lei nº 10.501 (FIGUEIREDO; MILLÃO, 2012). Essa legislação, entre outros pontos, diz o seguinte:

O agente comunitário de saúde tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe (BRASIL, 2009). Sendo um personagem muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade (BRASIL, 2009; FIGUEIREDO; MILLÃO, 2012).

O PACS, hoje, é considerado parte da ESF. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para Saúde da Família. No PACS, as ações dos ACS são acompanhadas e orientadas por um

enfermeiro supervisor lotado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). (FIGUEIREDO; MILLÃO, 2012).

É evidente que o ACS possui um papel essencial para a consolidação do SUS, pois atuam como agente de organização da comunidade com vistas à transformação de suas condições de saúde não só por facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde, mas principalmente por ser o elo entre as equipes de saúde e a comunidade; fortalecendo as relações, facilitando o potencial diagnóstico das situações de risco (GOMES *et al.*, 2009).

Na PNAB estão descritas todas as atribuições dos profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, o Quadro 02 abaixo, traz as atribuições específicas do ACS.

Quadro 02 – As atribuições do Agente Comunitário de Saúde

- I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
- VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
- VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao

acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Fonte: Brasil (2012a)

Em 05 de outubro de 2006 com a promulgação da Lei nº11.350, o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passou a ser exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional (BRASIL, 2006). Porém, o ACS teve sua efetivação somente em 2009.

Já em 05 de janeiro de 2018, com a criação da Lei nº 13.595 que alterou a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, houve a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (BRASIL, 2018a).

2.4.1.1 Visita Domiciliar do ACS

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta de trabalho da Estratégia Saúde da Família de primordial importância, a qual propicia o acesso da equipe de saúde multiprofissional, ao espaço familiar, favorecendo o conhecimento das condições de vida das pessoas, o seu meio ambiente, seus hábitos, costumes, higiene, crenças, cultura e condições socioeconômicas (COUTO, 2012).

Couto (2012) relata ainda, que as informações obtidas através da VD permite a equipe conhecer a área territorial que está inserida as famílias, a situação epidemiológica e planejar ações de promoção e prevenção, adaptando a participação da população no processo de vigilância em saúde.

A VD é uma das atribuições de todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Porém, a frequência da realização das visitas entre os profissionais é variável, sendo o ACS o profissional que realiza o maior número de

visitas domiciliares, com frequência diária, pois desenvolvem atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e vigilância à saúde. A visita domiciliar realizada pelo ACS pauta-se prioritariamente em ações educativas de promoção da saúde (MAROCO, 2014).

Para a execução da VD, o primeiro passo é definir seu foco (OHARA; RIBEIRO, 2008), que pode abranger um ou mais dos seguintes objetivos:

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais.
- Verificar a estrutura e a dinâmica familiares com elaboração do genograma ou familiograma ou ecomapa.
- Identificar fatores de risco individuais e familiares.
- Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.
- Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.
- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
- Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.
- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.
- Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.

2.4.1.2 Cadastramento de Domicílios e Indivíduos

Até 2013 o cadastramento dos indivíduos, domicílios e famílias eram exclusivamente em Impresso de papel (Ficha A), esses dados eram coletados na visita e repassados para as Coordenações que deveriam fazer o lançamentos

desses dados junto ao Ministério da Saúde, o que dificultava a monitorização e controle desses cadastros e o planejamento de ações em saúde na Comunidade. Assim, o Departamento de Atenção Básica (DAB) vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) assumiu o compromisso de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com o objetivo de melhorar a qualidade da informação em saúde e de otimizar o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos (BRASIL, 2015; BRASIL, 2018b).

Conforme Brasil (2015) essa reestruturação chamada de Estratégia e-SUS AB preconiza:

1. O registro individualizado das informações em saúde, para o acompanhamento dos atendimentos aos cidadãos;
2. A integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na AB, reduzindo a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas);
3. O desenvolvimento de soluções tecnológicas que contemplem os processos de trabalho da AB, com recomendações de boas práticas; o estímulo à informatização dos serviços de saúde;
4. A introdução de novas tecnologias para otimizar o trabalho dos profissionais; e
5. A qualificação do uso da informação na gestão e no cuidado em saúde.

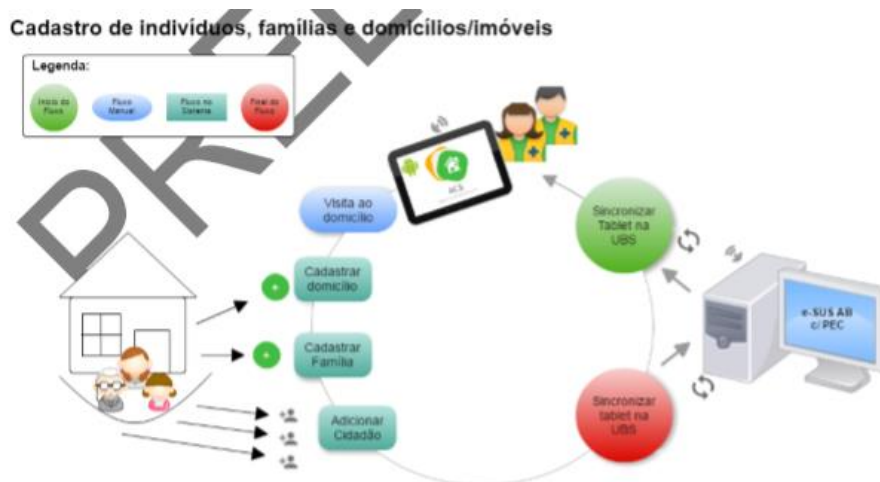
Dada a importância de incluir novas tecnologias para apoiar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF), e de modo geral às equipes de Atenção Básica (eAB), o DAB incluiu na Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) aplicativos móveis para registro das ações realizadas pelos profissionais de saúde em locais de difícil manejo de computadores ou notebooks (BRASIL, 2015).

O desenvolvimento destes aplicativos é integrado ao Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ampliando a capacidade de troca de informações entre a equipe. Nesse contexto, não por acaso, o primeiro aplicativo feito para AB priorizou os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dada a capilaridade das ações no território (BRASIL, 2015).

O aplicativo e-SUS AB Território foi desenvolvido para utilização em dispositivos do tipo tablet, levando em conta aspectos relacionados ao conforto, à segurança e à usabilidade da ferramenta dentro processo de trabalho do agente.

Para o gestor, em anexo, são oferecidas especificações do tablet que melhor se adequam à ferramenta (BRASIL, 2015).

Devendo os municípios inserirem os novos sistemas nas UBS de forma que atenda a 100% das Unidades de Saúde (BRASIL, 2018b). Na Figura 05 abaixo, está disposta a sincronização entre e-SUS AB território e e-SUS PEC.



Versão Preliminar 09/2016

Figura 05 – Fluxo de Cadastro/Atualização usando aplicativo e-SUS AB Território Fonte: Brasil (2018b)

A sincronização permite que os dados da equipe que utilizará o aplicativo, bem como os dados de cadastro do território previamente processados no PEC, quando houverem, sejam transmitidos para o aplicativo, de modo a permitir que o profissional de saúde desenvolva as ações, tanto de novos cadastros, como de atualizações ou visitas domiciliares de famílias já cadastradas (BRASIL, 2015).

É importante lembrar que o processo de sincronização depende de conectividade entre o tablet e a instalação PEC do e-SUS AB, seja por rede local Wi-Fi, seja via internet (BRASIL, 2015).

Por meio do aplicativo é possível cadastrar os domicílios, as famílias e os indivíduos, nesta ordem. Necessitando o cadastro apenas uma vez, podendo ser realizadas atualizações quando houver mudanças como saída de um morador seja por mudança ou óbito, mudança na condição de saúde do indivíduo, etc. (BRASIL, 2018b).

O Cadastro Domiciliar é utilizada para registrar as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes de AB. Por meio dele, é possível registrar também situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio, por exemplo, situação de rua (IBGE, 2010), mas que devem ser monitoradas pela equipe de saúde. As informações presentes neste cadastro são relevantes porque compõem indicadores de monitoramento e avaliação para a AB e para as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2015).

Diferente da Coleta de Dados Simplificado, que cria os núcleos familiares através da vinculação de responsável familiar e dependentes automaticamente, o aplicativo do ACS dispõe do cadastro da família para realizar as vinculações entre as pessoas que compõe este núcleo familiar de forma mais detalhada. A aplicação móvel tem ampla vantagem nesta funcionalidade em relação as fichas de papel (BRASIL, 2015).

Já o Cadastro Individual é utilizado para registrar as características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários. Tem como objetivo captar informações sobre os usuários que se encontram adscritos no território das equipes de AB. O cadastramento e sua atualização periódica são atribuições dos ACS nas equipes da ESF (BRASIL, 2015).

Para atender aos diversos cenários de informatização e conectividade nos serviços de saúde, o DAB oferece dois sistemas de software que podem operar desde uma UBS sem computador, com o sistema com **Coleta de Dados Simplificada (CDS)** a partir do uso de fichas até UBS com computador nos consultórios e salas de atendimento usando o sistema com **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)** (BRASIL, 2019).

O e-SUS/AB CDS, um Sistema com Coleta de Dados Simplificada é um software de caráter transitório, a ser utilizado até que os municípios alcancem os padrões necessários para implantação do prontuário eletrônico, pois não é necessário que as UBS estejam informatizadas ou que tenham conexão a internet (BRASIL, 2019).

A versão inicial do sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS 1.3) contemplava sete fichas de registro, integrado e simplificado. São elas: Ficha de cadastro do domicílio e território (Anexo A/B), de indivíduo (Anexo C/D), de atendimento individual, de atendimento odontológico, de atividades coletivas, de procedimentos e de visita domiciliar (Anexo E), com a versão 2.1, teve a inserção

das Fichas de Marcadores de Consumo Alimentar, Ficha Complementar, Avaliação de Elegibilidade e Admissão e Atendimento Domiciliar, e hoje com a versão 3.0 tem a inserção da Ficha de Vacinação (BRASIL, 2019).

2.4.1.3 Roteiro da Visita Domiciliar do ACS

O roteiro da visita domiciliar deve ser baseado nas fichas de acompanhamento dos grupos prioritários, como: hipertensos, diabéticos, tuberculosos, crianças, gestantes, obesos, etc. Sendo que, para cada grupo há uma ficha específica para realização da visita e levantamento das situações de saúde desses usuários e levado ao conhecimento do Enfermeiro responsável pela Equipe (BRASIL, 2012a).

Na organização da VD, alguns itens devem ser observados para se garantir o alcance do objetivo proposto com a priorização de indivíduos e/ou famílias de maior risco. A sistematização da visita dá-se por meio do planejamento, execução e avaliação conjunta de profissionais. Devendo esta ser programadas rotineiramente, a partir da seleção dos indivíduos e/ou das famílias, pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares (OHARA; RIBEIRO, 2008).

Assim, deve-se considerar como critérios gerais as situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc.), as situações ou problemas crônicos agravados, situação de urgência, problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde, e problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc.) (De-OLIVEIRA; SAMPAIO; BORBA, 2004).

Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares quando da identificação de problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar, das ausências no atendimento programado, dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória, dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento, e ainda, os grupos de idosos, crianças e gestantes são consideradas prioridades devido as suas especificidades (Quadro 01) (BORBA; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2007).

Para garantir a priorização das situações de maior risco deve-se aplicar uma **escala de risco familiar**, pautada nas informações presentes na ficha de cadastro

da família. Elegem-se informações da Ficha de Cadastro como sentinelas para avaliação das situações a que as famílias possam estar expostas, pontuando-se o Risco Familiar e estabelecendo-se estratégias para priorizar a visita às famílias que tenham maiores escores (De-OLIVEIRA; SAMPAIO; BORBA, 2004).

Quadro 03 – Riscos específicos de cada área de atuação

IDOSO	CRIANÇA	GESTANTE
- Acamados com dificuldade de deambulação - Com doenças crônico – degenerativas - Sem adesão ao tratamento - Sem cuidador	- Recém- nascidos com alto grau de distrofia - Com atraso no crescimento ou no desenvolvimento - Ausências no atendimento programado e/ou vacinações	- De alto risco - Desnutridas - Ausências na consulta de pré-natal agendada

Fonte: Borba; Oliveira e Sampaio (2007)

Ao agente comunitário de saúde (BRASIL, 2001) cabe realizar no mínimo uma visita mensal a cada família na sua área de abrangência, com o objetivo bem definido de assegurar o acompanhamento dos indivíduos e suas famílias, independentemente de situação de risco, priorizando a execução das seguintes atividades em sua área:

- Busca ativa de gestantes.
- Busca ativa de crianças com menos de 1 ano de vida, em aleitamento materno.
- Busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e da imunização.
- Busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade para orientação quanto à terapia de reidratação oral (TRO).
- Busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade com insuficiência respiratória (IRA).
- Busca ativa de sintomáticos respiratórios ou pacientes em tratamento de tuberculose.
- Busca ativa de sintomáticos dermatológicos ou pacientes em tratamento de hanseníase.
- Busca ativa de mulheres para prevenção de câncer de colo de útero e de mama.

- Busca ativa de hipertensos.
- Orientações em relação a dengue.
- Outros (saneamento básico, Bolsa-Família, etc.).

No processo de planejamento (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007), questões relativas à operacionalização devem ser consideradas previamente, ou seja, definir o itinerário da visita, por meio do mapeamento da área e do transporte a ser utilizado, bem como, definir o tempo para execução da visita em cada domicílio, priorizando o horário preferencial das famílias para a realização das visitas, se possível com agendamento prévio e confirmação do horário da visita ao domicílio, obedecendo como início da rota de visitas pelos domicílios que demandam menos tempo.

Para Mantovani; Mottin e Rodrigues (2007), a sistematização prévia é entendida como uma prática antecipada de ações organizadas metodologicamente. Assim a visita domiciliar constitui-se em uma ação desempenhada para auxiliar, mediando os métodos sobre saúde-doença da comunidade, ou o planejamento de ações desejando à promoção de saúde da sociedade, tornando-se um instrumento efetivo, utilizado pela equipe de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade.

É fundamental considerar na visita domiciliar as peculiaridades individuais na relação usuário/profissional/família. Nas considerações de Santos e Kirschbaum (2008), referem que o profissional ao adentrar o domicílio dos usuários requer:

Preparo, habilidades de comunicação, ética profissional, conhecimento dos mecanismos para prover à família uma assistência de cunho educativo, pautados em ações de prevenção e principalmente de promoção à saúde da população, assim como, maiores esclarecimentos acerca das relações entre espaço público e privado concebidos por usuários e profissionais de saúde.

É preconizado pelo MS, o desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco dentro do contexto familiar, tais como as famílias com crianças, gestantes, idosos, ou com algum agravamento em sua saúde, de forma a restabelecer possíveis formas de autocuidado e readaptação ao meio ambiente inserido (BRASIL, 2007).

Silva (2009, p.109) refere que “na visita domiciliar ensinamos ao transmitir conhecimento científico, mas também aprendemos muito sobre a forma de passar conhecimentos a partir da dinâmica familiar. Para cada situação, desenvolvendo ações específicas e propícias.”

Em relação à prestação de cuidados no domicílio, à visita domiciliar é considerado primordial, pois a equipe de saúde da família tem no espaço domiciliar uma possibilidade privilegiada para o desenvolvimento do diálogo e produção de saberes, salientando que o eixo estruturante dos serviços de atenção básica, são as ações educativas em saúde, que podem ser desenvolvidas, por meio do conhecimento construído na relação profissionais/usuários dos serviços de saúde. (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

Segundo Silva (2009), para equipe de saúde realizar a promoção em saúde é necessário conhecer, sentir, compartilhar o ambiente domiciliar e a ligação familiar existente em seu meio o que é revelado somente através da visita domiciliar.

Sakata *et al.* (2007, p.662) relata que a: visita surge também como um mecanismo de criação de vínculos sendo este representado pelos profissionais como um estudo de “respeito” e de “confiança” conquistado por eles em relação aos usuários e construído por meio da “convivência” e do contato constante.

Desse modo, o estabelecimento do vínculo e a abordagem dos usuários como sujeitos que interagem no processo de trabalho das equipes de saúde devem ser vivenciados com o intuito de promover a melhoria da qualidade dos serviços ofertados à comunidade e maior efetivação dos direitos dos usuários (AZEVEDO; BARBOSA, 2007).

De acordo com Azevedo e Costa (2010) a experiência de acessibilidade da população com os serviços de saúde está inserida com a habilidade da ESF em “satisfazer às suas expectativas e necessidades, assegurar o direito à saúde no âmbito das políticas públicas, e deve refletir ainda o respeito às múltiplas singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária”.

De acordo com os estudos de Saraiva *et al.* (2011), a assistência extramuros durante as visitas domiciliares, às mulheres na relação mãe-filho, tem objetivo de avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido bem como a adaptação da tríade “mãe-bebê-família”; fornece orientações quanto ao aleitamento materno e aos cuidados do recém-nascido.

Além de, realizar a abordagem de temas como: planejamento familiar, higiene, dieta, importância das atividades físicas, prevenção de infecção puerperal; e também agendar consulta de Crescimento e Desenvolvimento, calendário vacinal, teste do pezinho, Registro Civil; e identificar intercorrências ou situações de risco à saúde materno-infantil, sendo feitas orientações à família (SARAIVA *et al.*, 2011).

Santana *et al* (2011) reforça salientando que nas visitas domiciliares a equipe pode averiguar quais as reais necessidades de cada mulher, promovendo ações de educação em saúde e levando informações necessárias a essa nova etapa da vida familiar. Orientações sobre amamentação, cuidados com o RN, Planejamento Familiar e condutas adequadas em casos de intercorrências são temas que devem ser abordados pelos profissionais.

2.5 O ACS E AS DIFICULDADES ENFRENTADAS NA VISITA DOMICILIAR

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem importância fundamental na Atenção Primária à Saúde (APS) para a concretização da Estratégia Saúde da Família (ESF) (COSTA *et al.*, 2013). O ACS é o agente nuclear das ações de saúde na comunidade ao realizar as atividades de vigilância, prevenção das doenças e promoção à saúde, por meio das visitas domiciliares e educação em saúde, tanto de forma individual quanto coletiva, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão do gestor local. Além disso, o ACS é considerado o elo entre a equipe de saúde da família e a comunidade assistida; relação que está baseada no vínculo e na confiança, facilitando o diagnóstico das situações de risco (SANTANA *et al.*, 2015).

A visita domiciliária é o principal instrumento de trabalho dos ACS. Estes profissionais estabelecem e fortalecem as relações com as famílias, facilitando a identificação de problemas intrínsecos àquele contexto comunitário, que muitas vezes outros profissionais da equipe desconhecem. Por meios das visitas, verificam quais indivíduos estão expostos a maiores riscos de adoecer ou morrer e que precisam de mais atenção e cuidados (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, o ACS pode colaborar para o empoderamento dos indivíduos e da comunidade, porém, é necessário refletir em que condições vem se consolidando a prática deste profissional no SUS. Alguns aspectos são limitantes ao seu trabalho, como as questões socioeconômicas das famílias, dificuldades no acolhimento e vínculo com algumas famílias, baixa remuneração, falta de capacitação, falta de resolutividade dos casos, de reconhecimento profissional por parte da população, de instrumentos e tecnologias (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Outras dificuldades, principalmente nas visitas domiciliares têm sido relacionadas ao trabalho do ACS, associadas às questões logísticas e ambientais. Destacando-se, empecilhos para encontrar as pessoas em casa, o mau tempo,

distância entre os domicílios, animais soltos, precarização de estradas, domicílios fechados e, em algumas localidades ainda, o convívio com o tráfico de drogas e os riscos das doenças infectocontagiosas (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Ainda, está exposta a violência de todas as classificações, requerendo uma capacidade de recriar a maneira de trabalhar, muitas vezes solitária ou no máximo, em pares (SANTOS *et al.*, 2015). A experiência de presenciar situações de violência no seu cotidiano faz muitos amadurecerem nas relações estabelecidas com a comunidade, de modo a recusarem determinado tipo de visita e/ou solicitar apoio extra para esse acompanhamento familiar (SOUZA; FREITAS, 2011).

Esses profissionais apontam alguns fatores para desmotivação do trabalho, como, a falta do reconhecimento pelo poder público, desvalorização financeira e ausência de progressão na carreira. Muitos não possuem vínculo institucional efetivo, produzindo limitações no trabalho com a comunidade e ESF, podendo ainda, gerar insegurança profissional e fragilidade para a concretização dos princípios da APS (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Portanto, há a necessidade da criação de dispositivos de fortalecimento da dimensão política e se tem indicado que a participação do ACS em instâncias decisórias pode oportunizar o fomento das discussões trazidas pelo reflexo do trabalho e maior visibilidade no contexto prático de suas ações (SOUZA; FREITAS, 2011; BARALHAS; PEREIRA, 2013).

2.5.1 O adoecimento dos profissionais ACS

A Saúde da Família vem sendo implantada em todo o Brasil como uma importante estratégia para reordenação da atenção à saúde, conforme preconizam os princípios e diretrizes do SUS, uma vez que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias, de forma integral e contínua (CORDOBA, 2013).

Dentro desse contexto, nasceu uma nova classe de trabalhadores da área de saúde: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Para Silva e Dalmaso (2002) essa nova identidade profissional transformou-se em um trabalhador singular em saúde, pela forte identificação com a comunidade e com um perfil social de solidariedade.

Netto-Rossi e Contrera-Moreno (2006) realizou um estudo que analisou os riscos que os Agente Comunitário de Saúde (ACS) do município de Sidrolândia,

Mato Grosso do Sul estão expostos durante o seu período de trabalho, constatou-se que os trabalhadores estão expostos a vários riscos, sendo os ergonômicos e psicossociais de maior prevalência, sendo que os trabalhadores não têm informação adequada sobre os riscos no seu trabalho, bem como a preocupação em relatar tais fatos, pois não houve registros de acidentes de trabalho. Levando a conclusão que são necessárias mudanças para minimizar os riscos no ambiente laboral, promover a educação e a conscientização de práticas seguras de trabalho.

Considerando a inserção do ACS no processo de trabalho em saúde e o número expressivo destes profissionais no cenário brasileiro. Tendo em vista que o processo produtivo é determinante das formas de adoecimento, considera-se importante um olhar que transcenda a relação causa-efeito para a gênese dos agravos que estão presentes nestes trabalhadores. Verifica-se ainda uma escassez de estudos que focam sua análise nos processos de desgastes decorrentes do trabalho do ACS, com base na determinação social (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016).

Para universalização e integralidade na assistência, é necessária a atuação de uma equipe multiprofissional, em que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é peça fundamental, já que é um trabalhador que integra o Programa de Agentes Comunitário de Saúde/Programa de Saúde da Família (PACS/PSF) prestando cuidados primários às famílias de sua comunidade, orientando as pessoas por meio de ações individuais e coletivas, num trabalho voltado para prevenção e para promoção de saúde, como também, incentivando a participação popular (BRASIL, 2009; GOMES *et al.*, 2009).

Para Sousa *et al.* (2014), o ACS é peça fundamental no processo de trabalho do PSF, dentre suas atribuições se destacam o mapeamento da área de atuação, o cadastramento famílias de sua microárea, identificação de áreas e famílias de risco, realização de visitas domiciliares às famílias e participar do processo de prevenção e promoção à saúde desempenhado pela equipe no qual está inserido. Destarte, expõe-se durante o exercício de suas atividades, a situações de risco diversas, as quais podem comprometer tanto sua integridade física como psicossocial, podendo desenvolver doenças relacionadas ao trabalho.

Esse profissional assume diversas tarefas com alto grau de exigência e responsabilidades e enfrenta problemas de diversas ordens frente às necessidades da comunidade onde está inserido. Depara-se com limitações próprias e do sistema

tornando-se uma classe de trabalhadores vulneráveis a riscos físicos e/ou psicossociais (BARROS, 2012). O que pode acarretar em diversas formas de adoecimento desse profissional, dentre elas, as mais relatadas são a lombalgia e a Síndrome de Burnout.

Descrita pelo psicanalista alemão Herbert J. Freudenberg em 1974, a Síndrome de Burnout (SB) é um termo (e um problema) bastante antigo. No jargão popular inglês, se refere àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia. Uma metáfora para significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite, e que não tem mais condições de desempenho físico ou mental (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Somente a partir de 1976 os estudos sobre SB passaram a ter um caráter científico, uma vez que foram construídos modelos teóricos e instrumentos capazes de registrar e compreender este sentimento crônico de desânimo, apatia e despersonalização (ALVES, 2017).

Sendo ela uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas. Uma vez que, cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene, o trabalhador se envolve afetivamente com os envolvidos, se desgasta e, num extremo, desiste, não aguenta mais, entrando em Burnout (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; LIPP, 2007).

A Exaustão Emocional se refere a uma sensação de esgotamento físico e mental. Esta dimensão reflete o aspecto de estresse individual de burnout; a Despersonalização leva o profissional a um contato frio e impessoal com as pessoas que atende. Esta dimensão representa o aspecto interpessoal do burnout; a Reduzida Realização Profissional evidencia sentimentos de insatisfação, de insuficiência, baixa autoestima, fracasso profissional, desmotivação, revelando baixa eficiência no trabalho, retratando o aspecto de autoavaliação do burnout. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Já para Lipp (2007) e Reinhold (2010), o Burnout é um tipo especial de estresse ocupacional que se caracteriza por profundo sentimento de frustração e exaustão em relação ao trabalho desempenhado, sentimento que aos poucos pode estender-se a todas as áreas da vida de uma pessoa. Resultando de fatores internos (vulnerabilidade biológica e psicológica) e externos (o ambiente de trabalho).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo teórico de abordagem qualitativa do tipo descritiva. Tendo como finalidade a descrição dos desafios enfrentados pelos Agentes Comunitário de Saúde na efetivação do seu trabalho e a busca por soluções para estes problemas. Segundo Augusto *et al.* (2014), na Pesquisa qualitativa é de fundamental importância a vinculação dos depoimentos dos atores envolvidos, aos relatos e a significação do que é transmitido por eles.

No estudo teórico o pesquisador baseia-se em teorias publicadas, ou seja, ela se efetiva a partir de estudos comprovados e/ou testados (PRESTES, 2012), através da Pesquisa Bibliográfica que se desenvolve tentando explicar um problema a partir de teorias publicadas em diversos tipos de fontes: livros, artigos científicos, manuais, enciclopédias, anais, meios eletrônicos, etc. Sendo necessária para se conhecer e analisar as principais contribuições teóricas sobre um determinado tema ou assunto (LEONEL, 2007).

Na Pesquisa descritiva os fatos são relatados tais como são, devendo o pesquisador conhecer e interpretar os fenômenos e interpretá-los por meio da observação, registro e análise das variáveis. Respondendo tais questões: **o que ocorre**, tanto no âmbito social, quanto econômico, político, não podendo o pesquisador manipular os dados, ou seja, interferir na realidade dos fatos (RIBAS; FONSECA, 2008).

3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES

Realizou-se uma pesquisa por artigos científicos, Monografias, Manuais do Ministério da Saúde, com a finalidade de se obter um índice relevante de informações possíveis para o embasamento teórico deste estudo.

Os descritores de busca utilizados para essa pesquisa foram: “os desafios encontrados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares”, e “Estratégia para melhorar a atuação do ACS na comunidade”.

O processo envolveu uma ampla revisão literária a fim de identificar os estudos que abordassem sobre as principais dificuldades encontrados pelos ACS nas visitas domiciliares. Para isso foram pesquisados artigos de várias bases de dados, pesquisados e selecionados entre os anos de 2002 a 2018. A partir de leitura integral de literaturas foram selecionados 122 obras para compor o texto completo.

3.3ANÁLISE DOS TEXTOS

Foram utilizados como critérios de inclusão para a seleção dos materiais os artigos publicados de 2002 a 2018, que estavam de acordo com os objetivos da pesquisa. Publicados tanto na Língua Inglesa quanto na Língua Portuguesa. Visando a separação dos pontos fortes para a inclusão no estudo, foram incluídos textos sobre Programa Saúde da Família e Programa de Agente Comunitário da Saúde. E foram excluídos aqueles que demandavam anos anteriores ou que não estava ligados diretamente com a pesquisa. Para análise e discussão foram selecionados 11 Artigos publicados entre 2007 a 2018.

3.4DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no período de agosto a novembro de 2018, a partir de leitura seletiva em Livros, Manuais do Ministério da Saúde, Revista Científicas, Monografias, Periódicos, Sites Governamentais, etc. Esse tipo de pesquisa possibilita conhecer teorias existentes, atualizar informações, traçar novas estratégias, buscar soluções para problemas da sociedade em geral.

Obtidas as informações necessárias na coleta de dados, iniciou-se o processo de análise, para se obter uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural de que faz parte.

Os dados foram qualificados através do método de tabulação de quadros, mediante a utilização do programa Word (Microsoft Word, 2010).

Todos os questionamentos levantados foram feitos através de leitura analítica, onde as ideias foram relacionadas com os de autores diferentes, no intuito de promover uma discussão pró ou contra a determinada colocação para responder ao problema da pesquisa.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

De forma a atender os preceitos éticos de um estudo de referência bibliográfica, todos os autores utilizados nesta pesquisa foram minuciosamente referenciados no corpo do texto e na lista de referências, respeitando a lei de direitos autorais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor discussão do estudo, foi realizada uma leitura preliminar de um total de 150 obras, das quais 28 foram excluídas, sendo selecionadas apenas 122 para leitura integral e construção do trabalho completo, destes apenas 11 foram utilizados para resultados e discussão.

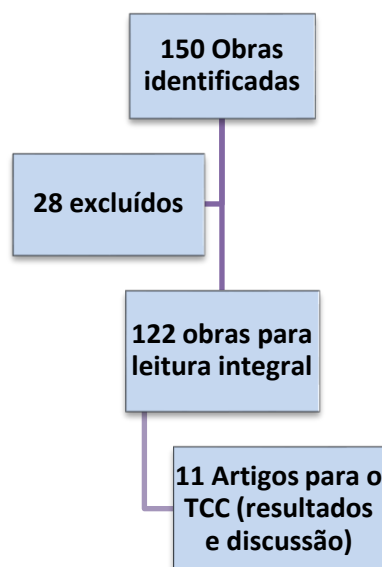


Figura 06 – Seleção do material
Fonte: Santos (2019)

Os artigos que compuseram os resultados foram divididos em 02 Categorias: Os desafios enfrentados pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar e estratégias para melhorar a atuação do ACS na comunidade, sendo que estas puderam explicar uma definição teórica mais precisa dentro dos conceitos gerais,

bem como do trabalho do ACS. E, os resultados estão dispostos nos Quadros 04 e 05.

4.1 OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) NA VISITA DOMICILIAR

Segundo Mandú *et al.* (2008) e Cruz e Bourget, (2010), a visita domiciliar ainda hoje provoca grande resistência entre a população, sendo muitas vezes recusada e até questionada a sua importância pelo usuário, alguns a consideram de resolução mínima e acreditam ser uma intromissão do serviço de saúde na vida da população, sendo uma imposição do profissional, e na maioria das vezes desvalorizam o conhecimento dos ACS nas tomadas de decisões que lhes dizem respeito.

Os resultados da pesquisa estão dispostos no Quadro 04, por autor, ano e resultado da pesquisa.

Quadro 04 – Resultado da pesquisa sobre os desafios enfrentados pelo ACS na Visita Domiciliar **Fonte: Santos (2019)**

Autor	Ano	Resultado
Martinês e Chaves	2007	Estudo com 12 ACS de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de São Paulo, que trabalha exclusivamente com o modelo do PSF. Os sujeitos da pesquisa apontaram como desafios no seu trabalho: esgotamento de suas habilidades para lidar com o tempo, com o excesso de tarefas, com as críticas, com a dificuldade de preservar o espaço familiar e o tempo de descanso, com a incompletude e a desqualificação de seu trabalho e com o cansaço físico. Todos experimentam os sentimentos de frustração, ansiedade, solidão, revolta e uma certa inutilidade, como se todo o esforço tivesse sido em vão.
Cruz e Bourget	2010	Pesquisa realizada com 05 cinco famílias do território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde da Família localizada na zona leste do município de São Paulo. Esse território é dividido em três áreas, sendo cada uma delas subdividida em cinco microáreas, atendendo a um total de 2924 famílias cadastradas. As famílias pesquisadas consideram que ações no domicílio implicam em desafios para os

		profissionais ao aproximar suas ações da dinâmica de vida das famílias atendidas por estes, englobando seus aspectos culturais, sociais, religiosos e afetivos na maneira de lidar com questões relativas à saúde de seus membros.
Marzari; Junges e Seli	2011	Estudo realizado com 10 ACS de Equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Santa Maria (RS) apontaram para algumas questões centrais sobre a identidade dos agentes: integração na equipe de saúde, inserção na comunidade, perfil e formação. A maioria dos pesquisados comentam sentir-se mais valorizados pela Comunidade do que por suas Equipes de Saúde (gestores e colegas de trabalho).
Freitas <i>et al.</i>	2015	Estudo realizado com destaque para o Agente Comunitário de Saúde (ACS) na condição de importante ator social na viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Altamira (PA), com 63 ACS, obteve com resultado que o perfil socioeconômico dos agentes evidencia aspectos similares aos da comunidade atendida. A maioria dos participantes considera que recebeu formação para atender as atribuições legais. Porém, ainda não é o suficiente para atender todas as demandas encontradas na comunidade, como: drogas, álcool, etc.
Medeiros <i>et al.</i>	2015	Pesquisa realizada em Dissertações e Artigos publicados entre 2009 a 2014, sendo o total de 15 obras com o objetivo de descrever as condições laborais e sua relação com o adoecimento dos agentes comunitários de saúde. Foram identificados na maioria dos estudos analisados que as condições de trabalho desfavoráveis são relacionadas à estrutura física inadequada, escassez de materiais da unidade básica de saúde, o morar na comunidade, relações de equipe, gestão e com a própria família. Além de exposição em ambientes de risco, excesso de carga física, falta de reconhecimento do trabalho e profissional, exposição aos riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos.
Silva; Ximenes-Neto e Teófilo	2015	Estudo com 07 ACS do município de Marco-Ceará, no território da ESF do Triângulo do Marco, no período de junho a outubro de 2008. Sendo todos do sexo feminino, com idade entre 32 e 55 anos, a maioria era casada ou tinha companheiro fixo, e apenas duas são solteiras.

		Com renda mensal líquida informada variando de R\$ 415,00 a 574,00. Todas possuíam o ensino médio completo. Foram levantadas na pesquisa como dificuldades enfrentadas pelos pesquisados: a desvalorização profissional, a dificuldade de encontrar os pacientes no lar e a não participação destas nos cuidados de saúde promovidos.
Guanaes-Lorenzi e Pinheiro	2016	Pesquisa realizada com 28 ACS das seis equipes de saúde da família em cidade de pequeno porte no interior de São Paulo (menos de 20.000 habitantes), que conta com cobertura de 100% pela ESF. Dentre os pesquisados, 27 eram mulheres, com idades entre 18 e 57 anos, e o tempo de atuação na profissão, entre 6 meses e 8 anos. Sendo que 4 ACS tinham ensino fundamental completo, 15 tinham ensino médio completo; 1 tinha curso técnico em enfermagem; 7 estavam no ensino superior (cursos de pedagogia, enfermagem ou fisioterapia) e um tinha ensino superior completo. Foram evidenciados no estudo que 100% dos entrevistados apontam a falta de valorização como um dos maiores desafios em sua atuação na Comunidade. Os autores destacam que sua atuação próxima à comunidade e seu potencial para construção de vínculos, são tensionados por sentidos de desvalorização referidos a aspectos macroestruturais, como baixos salários e pouco reconhecimento de sua função comparativamente a profissionais de nível superior.
Castro <i>et al.</i>	2017	Realizado um inquérito epidemiológico com dados de 145 ACS de Juazeiro, na Bahia, com a finalidade de evidenciar o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como elo entre o serviço de saúde e a comunidade, sendo imprescindível para a implementação de ações de Atenção Primária à Saúde (APS). Obteve-se como resultados: A maioria era do sexo feminino (81,38%), com até 40 anos de idade (51,72%), cor parda (60,69%), casada/união estável (66,21%), do quadro permanente do município (95,77%) e com 6-12 anos na mesma unidade (55,86%). A maioria mostrou-se segura em querer candidatar-se novamente ao emprego (52,08%) e satisfeita/muito satisfeita com a capacidade para o trabalho (77,93%). Quanto à satisfação com o trabalho, 28,28% declaram-se

		insatisfeitos/muito insatisfeitos, 60%, indiferentes, e 11,72%, satisfeitos/muito satisfeitos. O estudo demonstrou que as condições de emprego e de insatisfação com o trabalho podem ter reflexos sobre a saúde deste trabalhador.
Nascimento <i>et al.</i>	2017	Pesquisa realizada com os ACS de Tangará da Serra com idade entre 18 anos a 59 anos, obteve-se como principais desafios na visita domiciliar: a distância que dificulta o acesso as famílias, principalmente em períodos chuvosos, que resulta em perdas de materiais de expediente, falta de transporte, o sol muito quente, acesso à lugares de difícil acesso, dentro de mata fechada, passar por meio de gado e enfrentar cães, só com moto para conseguir chegar em alguns lugares, muito longe da unidade e perigosos; além da falta de informatização dos dados dos pacientes, que iriam melhorar o acesso aos dados e acompanhamento mais detalhado dos pacientes.
Pedraza e Santos	2017	Estudo de delineamento transversal que comparou o perfil e o processo de trabalho de ACS de equipes da ESF de dois municípios do Estado da Paraíba. Os municípios foram escolhidos considerando suas semelhanças em aspectos como a posição geográfica (localização na região metropolitana da capital do Estado com acesso à rede de serviços nela disponibilizados), grau de urbanização (de quase 100%), indicadores demográfico-sociais e tradição na organização de serviços primários de saúde (cobertura populacional da ESF de quase 100%). O Município 1 possui sistema de saúde composto por 28 equipes da ESF. O Município 2 composto por 19 equipes da ESF. Entretanto, no Município 2, é maior o número de profissionais de saúde (médicos, pediatras, enfermeiros, nutricionistas), para cada 1.000 habitantes, no SUS, e as equipes da ESF são ampliadas com a inserção do nutricionista. A coleta de dados foi realizada nas unidades de saúde entre julho e dezembro de 2014. Foram selecionados 98 ACS observa-se, que os profissionais eram na sua maioria mulheres, em maior proporção no Município 2 (93,18%) quando comparado ao Município 1 (74,07%). Predominaram ACS de faixa etária entre 30 e 39 anos (55,10%), escolaridades ≥ 12 anos de estudo, com companheiro(a) (64,29%), sem diferença

		estatisticamente os municípios. Em relação ao tempo de moradia na região, 77,55% eram moradores há mais de 20 anos na comunidade em que trabalham, sendo essa proporção estatisticamente maior no Município 2. Quase 90,0% dos ACS trabalhavam na equipe de saúde fazia mais de dois anos. O número de famílias atendidas que predominou foi o de 120 a 169, em ambos os municípios. Os Agentes do município com menor dedicação à burocracia referiram maior atuação em mobilização comunitária e orientações sobre a saúde da criança. O estudo concluiu que o desempenho do ACS pode ser prejudicado pelo envolvimento com tarefas burocráticas.
Buratti	2018	Pesquisa realizada com 279 agentes pertencentes às 52 Unidades da Saúde da Família de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, no período de outubro de 2016 a janeiro de 2017, com a finalidade de identificar a prevalência da Síndrome de Burnout nesses profissionais, demonstrou que a Síndrome de Burnout (SB) atinge diretamente Agentes Comunitários de Saúde (ACS), devido ao contato direto e constante com os problemas dos usuários e do envolvimento emocional com os mesmos, sendo a prevalência da SB em ACS considerada alta.

Corroborando com a Pesquisa Baratieri e Marcon (2012), justificam que o fato do ACS ser responsável por um território de até 750 pessoas, e por vezes possuir grande extensão, exigindo do mesmo percorrer longas distâncias, nas quais a disponibilidade de carro não ocorre de modo integral, sendo complementar ou único o deslocamento por meio de bicicletas e outros meios de locomoção. Trazendo assim transtornos para este profissional que muitas vezes, não possui transporte, sendo a caminhada como uma das principais e mais acessíveis alternativas (BAPTISTINI, FIGUEIREDO, 2014).

Neste sentido, a caminhada mostra-se como a forma mais oportuna para a realização da visita domiciliar, ficando o ACS vulnerável a agressões de animais que se encontram no percurso ou nos quintais visitados, sendo o fator distância entre a Unidade de Saúde (US) e as residências o que mais dificulta a realização de um trabalho eficaz na Comunidade (SANTOS *et al.*, 2015). Outro fator considerado importante é o risco de picadas de insetos transmissores de doenças como a

malária, dengue e febre amarela, muito comum em locais de terrenos baldios, com água parada, lixos e quintais sujos (SANTANA *et al.*, 2015).

E, esses desafios tornam-se ainda mais perigosos quando se trata dos ACS que atuam na Zona Rural, sendo apontado a ocorrência de acidentes com animais peçonhentos, como serpentes, aranhas e escorpiões (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014; SANTOS *et al.*, 2015; SANTANA *et al.*, 2015).

Assim, Santos (2015) considera a visita domiciliar como a competência que melhor representa a atuação do ACS, pois ela permite o contato ativo com as famílias englobadas na microárea de sua responsabilidade, bem como seu cadastramento na ESF e acompanhamento por médicos, enfermeiros, odontólogos e demais profissionais da saúde, permitindo ao ACS desenvolver estratégias que visem a prevenção de doenças e promoção da saúde, entretanto, esta é dificultada, por fatores ambientais.

Podendo ser destacados, a dificuldade de acesso às residências, condições climáticas desfavoráveis, ambientes de visita não sempre agradáveis e seguros, representando riscos potenciais aos profissionais que exercem seu trabalho nas respectivas circunstâncias, como observado na maioria dos Artigos analisados (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014; MEDEIROS *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2015).

Outros desafios potenciais enfrentados pela categoria são, a exposição aos fatores climáticos, ora ao sol desgastante, ora às mudanças repentinas do tempo, as condições de trabalho esporadicamente insalubres, passando horas sob a luz solar, estando suscetíveis a adquirir manchas e/ou queimaduras. Conforme estudo de Baptistini e Figueiredo (2014), tais riscos poderiam ser minimizados e/ou evitados se esses profissionais recebessem materiais simples de seus gestores, como protetor solar, óculos protetores de raios UVA e UVB e capa de chuva, levando em conta que essas situações são vivenciadas diariamente devido as áreas demasiadamente distantes da unidade de saúde.

Outros estudos também descrevem como dificuldades no trabalho do ACS, o difícil acesso às residências, a ocorrência de transmissão de doenças infectocontagiosas, barreiras físicas, os fatores climáticos, organizacionais como relações interpessoais conflituosas, bem como, a escassez de recursos materiais (COSTA *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2015; SANTANA *et al.*, 2015; JUSTO; GOMES; SILVEIRA, 2015; SILVA; XIMENES-NETO; TEOFILO, 2015). Esses são alguns motivos que, dificultam o acompanhamento de todas as famílias sob sua

responsabilidade. As dificuldades e desafios estão intimamente ligadas à vulnerabilidade social da microárea atendida (SANTOS *et al.*, 2015).

Desse modo a visita domiciliar apresenta-se como uma das ações base do Agente Comunitário de Saúde quanto a organização assistencial na APS, visto que estreita as relações do usuário com o serviço de saúde, bem como o conhecimento das suas necessidades. Todavia, diversos fatores dificultam a eficácia desse trabalho e que por vezes, trazem riscos à saúde e integridade desses profissionais. Cabendo dos gestores um olhar diferenciado de ações, a fim de otimizar e minimizar esses riscos de maneira a melhorar as condições relatadas.

Para realização de um trabalho eficiente, o ACS necessita de diversas habilidades, entre elas, a escuta humanizada, conselheiro, monitor e a prática da educação em saúde, de forma a atender as particularidades de cada indivíduo, da família ou da comunidade (BRAGA *et al.*, 2016). Logo, há a necessidade também, de experiência e *feeling*, exigindo do profissional habilidades específicas, que nem sempre são encontradas nesses profissionais.

Por ser o profissional que atua diretamente na comunidade, atendendo a diferentes públicos, o ACS necessita desenvolver duas capacidades, que é a da observação e a da comunicação. Tais atribuições devem permitir a identificação das áreas de risco, a realização do acompanhamento das famílias adstritas ao seu território além da realização das ações coletivas e intersetoriais (BRAGA *et al.*, 2016). Para atuação na Estratégia de Saúde da Família é essencial que este profissional desenvolva habilidades sociais que sejam capazes de atender as demandas existentes.

Quando se trata dos Programas inseridos na Atenção Primária, Freitas *et al.* (2015) identificaram em seus estudos, limitações quanto a conhecimentos principalmente para atuação na saúde mental, vigilância em saúde, procedimentos técnicos de saúde. Assim sendo, é necessário que o ACS tenha capacidade técnica, para atender as demandas mais comuns como orientações quanto a administração de medicamentos, higiene até as mais complexas.

Os estudos mostram que é importante o reconhecimento de que, para uma assistência completa e eficaz é necessário o envolvimento da equipe multidisciplinar. Dessa forma, para que as relações interpessoais seja construída diariamente dentro da Equipe de trabalho, é necessário que cada profissional assuma comportamentos, como a compreensão de histórias, crenças, emoções, expectativas e problemas

peçoais dos outros. A maioria dos autores relatam que os comportamentos dos profissionais são influenciados pela des/harmonia das relações interpessoais dentro da dinâmica de trabalho (BRONDANI, 2010; FEITOSA; MAXIMO, 2014).

Assim, as relações conflituosas refletem negativamente, ou seja, quando os colaboradores não se dão bem, os departamentos não se comunicam com efetividade e os profissionais não cooperam para o alcance efetivo das metas; a Equipe acaba perdendo muito de sua capacidade produtiva. Isso acontece porque num ambiente onde as relações pessoais não são auspiciosas, a organização perde sua força máxima. Enquanto que as relações harmônicas, onde os profissionais trabalham em maior sintonia e se respeitam mutuamente, torna o desempenho individual e o trabalho em equipe muito mais proveitoso, minimizando os riscos de adoecimento de ordem psicossocial (FEITOSA; MAXIMO, 2014).

Para atuação na área de abrangência, o Agente precisa de um momento com a equipe multidisciplinar de saúde para trocas de teorias e métodos de modo que os saberes dos pares sejam integrados para a potencialização dos processos interativos e soluções de problemas emergentes, bem como sua prevenção (BARALHAS; PEREIRA, 2012). Quando os profissionais entendem seus papéis dentro da ESF, percebe-se, há uma união dos trabalhadores e ações, enfatizando as singularidades das atuações e interação profissional com práticas articuladas, evidenciada pela divisão das atribuições, respectivamente (JUSTO; GOMES; SILVEIRA, 2015).

Os ACS são os primeiros profissionais a identificarem problemas com o usuário e em decorrência disso, pode haver a necessidade do cuidado de outros profissionais, como os técnicos de enfermagem e enfermeiros. Esses profissionais são mais solicitados devido à proximidade com as famílias, precisão e o poder de resolutividade na direção da satisfação do usuário (MARZARI; JUNGES; SELI, 2011; BARALHAS; PEREIRA, 2012; COSTA *et al.*, 2013; FREITAS *et al.*, 2014; SANTANA *et al.*, 2015).

Na maioria dos estudos os ACS relataram sentirem-se invadidos pelos usuários, pois segundo eles, a população não consegue separar o lado pessoal com o profissional, ficando sua privacidade pessoal comprometida (SOUZA; FREITAS, 2011; SANTANA *et al.*, 2015; MEDEIROS *et al.*, 2015). Demonstrando que quando o governo pensou em inserir o profissional dentro de sua própria comunidade, uma vez que, este conhece a realidade dessa população, não levou em conta essas

particularidades, visto que neste sentido, as necessidades coletivas sobressaem as individuais.

Justos; Gomes e Silveira (2015) destacam que os pesquisados veem a visita domiciliar multiprofissional muito carente, pois segundo eles, os outros profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família priorizam os atendimentos internos das unidades de saúde em detrimento das visitas e atividades extra muro, o que para maioria, dar a entender que é papel apenas do ACS. Sendo que essa ausência multiprofissional, faz com que a população na maioria da vezes, exija desses profissionais cuidados que não os competem, como procedimentos médicos e de enfermagem (SOUZA; FREITAS, 2011; COSTA *et al.*, 2013; SILVA; XIMENES-NETO; TEOFILO, 2015; BRAGA *et al.*, 2016).

Pesquisas realizadas com profissionais da saúde e pacientes mostram que a equipe de saúde, em sua totalidade, devem realizar o cuidado de forma holística, contudo, se não há uma definição dos papéis e se essas relações interpessoais são conflituosas, bem como a valorização de uma categoria em detrimento de outras, resultam na fragmentação do cuidado (SILVA *et al.*, 2012; SILVA; XIMENES-NETO; TEOFILO, 2015; BELLENZANI; PARO; OLIVEIRA, 2016).

Outros estudos também identificaram conflitos no trabalho relacionados as relações interpessoais, a hierarquia e a organização do trabalho (SOUZA; FREITAS, 2011; JUSTO; GOMES; SILVEIRA, 2015; BELLENZANI; PARO; OLIVEIRA, 2016; MOREIRA *et al.*, 2016). Deste modo, o bom relacionamento da equipe facilita de forma positiva o trabalho do ACS (MARZARI; JUNGES; SELI, 2011; SANTOS *et al.*, 2015). Assim, os problemas de comunicação e organização da equipe, prejudicam os momentos de trocas, planejamento, monitoramento das ações da equipe, discussão de caso, projeto terapêutico singular e avaliação dos resultados.

Um dos fatores relatados em estudos, que tem influência direta na eficácia do trabalho do ACS é o adoecimento desses profissionais, seja de ordem psicossocial ou física. Sendo as doenças ocupacionais, transtornos ocorridos em razão do trabalho, em determinada função ou que estejam diretamente ligada à ela. São responsáveis pelo afastamento de milhares de trabalhadores de suas funções. Só em 2014, segundo Brasil (ano) o Ministério do Trabalho e Previdência Social registrou 251,5 mil afastamentos, todas por ordens médicas.

Estando a dorsalgia, popularmente conhecida como dor nas costas, no topo das doenças ocupacionais que mais afasta trabalhadores no Brasil. Só em 2016,

116 mil pessoas tiveram que se ausentar, no mínimo, por 15 dias por conta desse problema (LEITÃO; FERNANDES; RAMOS, 2008). No caso do Agente, dá-se pelo fato de muitas vezes ter que carregar os materiais de trabalho durante o dia todo, por longas distancias.

Conforme Almeida e Benatti (2007), os trabalhadores da área de saúde estão expostos aos mesmos riscos (químicos, físicos e ergonômicos) a que se sujeitam os demais trabalhadores, porém estão sujeitos ainda, por agentes biológicos, através do contato com sangue e outros fluídos orgânicos contaminados por uma variedade imensa de patógenos desencadeadores de doenças ocupacionais, e no caso do ACS riscos relacionados a agressão por animais como cães, bois, picadas de insetos transmissores de doença, picadas de cobra, escorpiões, aranhas, etc., contato com esgoto a céu aberto podendo conter urina de ratos, agressão por criminosos em áreas perigosas.

Ribeiro; Ribeiro e Espíndula (2010) evidenciam o grau de insalubridade que existe no ambiente de trabalho dos profissionais da saúde, dentre os riscos aos quais estão exposto, ressalta-se o biológico, porém os físicos, químicos, fisiológicos, psíquicos, mecânicos não podem ser desconsiderados, pois estão relacionados diretamente com o adoecimento desses profissionais.

Considerando estes aspectos, pode-se dizer, que, embora, o serviço de saúde tenha como principal finalidade a prevenção e recuperação da saúde de sua clientela atuar em unidades de saúde implicam em laborar em ambiente com inúmeros riscos ocupacionais, fato que favorece a exposição do trabalhador da saúde a diversos malefícios ao longo da vida profissional (MARZIALE, 2000; COPETTI, 2011).

Segundo Wiltenburg e Klein (2009), o esgotamento profissional tem sido verificado principalmente em profissionais que trabalham na prestação de cuidados a pessoas doentes, grupos sociais carentes e crianças. Assim, vários estudos a respeito do tema foram realizados com enfermeiras, agentes comunitários de saúde, médicos, assistentes sociais e professores (TUCUNDUVA *et al.*, 2006; TRINDADE; LAUTERT, 2010; KOVALESKI; BRESSAN, 2012; FRANÇA; FERRARI, 2013).

As profissões cuja atividade é de cuidar ou ensinar, tem sido apontadas como as que mais possuem profissionais desmotivados, decepcionados ou insatisfeitos. É como se tivesse sido atingido um estado de saturação emocional na qual não é mais possível suportar o encontro com a necessidade de outra pessoa, pois agora é o

próprio profissional quem está num estado que, muitas vezes, é de desespero (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007; WILTENBURG; KLEIN, 2009; BURATTI, 2018).

Desta forma, Wiltenburg e Klein (2009) alertam para Síndrome de Burnout (SB), pois a doença tem crescido em proporção alarmante desde sua descoberta na década de 70, sendo considerada um problema social de extrema relevância e estudada em vários países, devido gerar grandes custos organizacionais, levando à rotatividade de pessoal, acarretando problemas de produtividade e de qualidade.

A Síndrome de *Burnout* é caracterizada com um **estresse excessivo e crônico**, resultado do excesso ou sobrecarga de **trabalho**. O nome "*burnout*" vem do inglês e significa literalmente "queimar até o fim". Trata-se, portanto, de um esgotamento físico e mental decorrente de uma vida profissional desgastante e sobrecarregada (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007; CARLOTTO; CÂMARA, 2008).

Considerada a doença do século XXI, a SB aparece com um dos maiores desafios da área da saúde ocupacional, estando associada a vários tipos de disfunções pessoais, como o surgimento de problemas psicológicos e físicos. Em casos extremos, a longa duração do estresse laboral leva ao Burnout com total perda da capacidade laboral (WILTENBURG; KLEIN, 2009).

O absenteísmo é o problema que mais afeta as organizações, pois se refere a diminuição do nível de satisfação profissional, aumento das condutas de risco, inconstância de empregos e repercussões na esfera familiar. Assim, a Síndrome de Burnout traz consequências não só do ponto de vista pessoal, senão também do ponto de vista institucional (WILTENBURG; KLEIN, 2009; CARLOS; GADELHA, 2011).

Nos estudos de Carlotto e Câmara (2008), assinalam que profissionais da saúde por manterem contato direto com as pessoas, bem como os do serviço social e educação, estão mais expostos e propensos a desenvolver o esgotamento pelo trabalho.

Maia; Silva e Mendes (2011) realizaram um estudo a partir publicações encontradas na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), com a finalidade de analisar a manifestação de burnout em agentes comunitários de saúde (ACS), e como resultado obtiveram: a necessidade de mudanças na formação dos agentes e nas suas condições de trabalho, sendo que os benefícios destas medidas refletir-se-ão também sobre a saúde da população assistida

O autor ainda destaca o limitado número de pesquisas empíricas sobre ACS e burnout encontradas para este estudo, provando a necessidade de pesquisas adicionais para consolidação destes conhecimentos e futuras mudanças na abordagem destes profissionais (MAIA; SILVA; MENDES, 2011).

Na pesquisa de Frota *et al.* (2012) com os ACS, ficou evidente como problemas de falta de recursos materiais nos serviços públicos de saúde, a dificuldade de acesso, estrutura organizacional inapropriada, aquisição imprudente, carência de recursos financeiros, precipitação dos profissionais, resistência, monotonia no atendimento, inabilidade e desconhecimento da proteção oferecida, têm influência no trabalho desses profissionais.

Fazendo necessário o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) pelos trabalhadores, primordialmente, quando suas profissões oferecem riscos à exposição de agentes patogênicos e materiais biológicos. Esses instrumentos são preconizados no atendimento a todos os pacientes, sem levar em consideração seu diagnóstico clínico, visando, sobretudo, a biossegurança dos envolvidos na assistência (FROTA *et al.*, 2012).

Por exemplo, nas atividades desenvolvidas em comunidades rurais é importante destacar que o ACS supre, muitas vezes, a falta de outros profissionais. E isso, impõe ao seu trabalho, maiores riscos ergonômicos e ambientais (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014; SCHEIL; ADLUNG, 2015), exigindo EPI específicos, que na maioria das vezes são adquiridos com recursos do profissional.

Independentemente da localização geográfica, todos os ACS estão expostos à insolação durante a realização das visitas domiciliares. A grande maioria dos pesquisados por Medeiros *et al.* (2015) reconhece a gravidade dessa incidência diária e continua, porém sentem-se desvalorizados por não perceberem manifestação positiva para resolução de seus problemas, por parte de suas chefias e gestores.

4.2 ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ATUAÇÃO DO ACS NA COMUNIDADE

A Visita Domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve ser compreendida como um meio de melhoramento da saúde pública no Brasil, no entanto, precisa-se sensibilizar os gestores sobre a importância de proporcionar meios para realização dessas visitas (MATOS *et al.*, 2015).

Conforme Drulla *et al.* (2009) a VD permite conhecer a realidade das pessoas, trocar informações dos familiares e assim subsidiar a construção de projeto de cuidados mais próximo das famílias. Sendo uma prática que permite a construção de vínculos, pois proporciona ambiente e um atendimento mais humanizado, indo além das orientações, com intuito de promoção da saúde e qualidade vida das famílias.

Dessa forma, é necessário fornecer a estes profissionais além de materiais suficientes, EPI, um ambiente de trabalho harmonioso, respeitoso, motivador, bem como garantir a biossegurança e ofertar capacitações periódicas. Com a finalidade de melhorar o trabalho do ACS, vários autores abordados nesse estudo apontam propostas que estão dispostos no Quadro 05 por autor, ano e Estratégias.

Quadro 05 – Estratégias para melhoria do Trabalho do ACS **Fonte: Santos (2019)**

Autor	Ano	Estratégias
Marzari; Junges e Seli	2011	Estudo com os ACS de Equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Santa Maria (RS) destacam a necessidade de capacitação, bem como da busca por educação continuada, efetivada e pautada pela realidade que ele enfrenta na sua profissão, a construção da sua própria identidade profissional como agente social, a necessidade de um ambiente de trabalho motivador, relações harmoniosas com a equipe na qual estão inseridos, etc.
Freitas et al.	2015	Estudo realizado com os ACS no município de Altamira (PA), apontam a importância da normatização do processo de formação do ACS de forma a oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações educativas dialógicas e contribuir com a construção da identidade desse profissional que ocupa espaço estratégico nas políticas brasileiras de atenção básica.
Medeiros <i>et al.</i>	2015	Todas as condições em que o ACS está exposto refletem para o adoecimento, na produção de sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais, levando a desgastes físicos e psíquicos. Portanto, é necessário promover práticas que visem o bem estar físico e psíquico, na busca de uma melhor qualidade de vida destes profissionais.
Castro <i>et al.</i>	2017	A consolidação de políticas de organização e de gestão dos processos do trabalho do ACS e a valorização deste profissional são fundamentais para modificar o quadro de insatisfação existente, contribuindo para o fortalecimento da

		APS.
Nascimento <i>et al.</i>	2017	Como estratégias para a minimização/solução desses entraves estão a articulação entre a equipe multiprofissional, sensibilização da comunidade e dos gestores, alocação de recursos e capacitação contínua, possibilitando maior controle social e práticas laborais mais satisfatórias e qualificadas.
Buratti	2018	Pesquisa realizada com os ACS de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, refletem a importância da elaboração de condutas preventivas e núcleos de apoio ao profissional de saúde, a fim de auxiliar no enfrentamento cotidianamente de situações potencialmente estressoras.

A incorporação do ACS como membro da equipe de saúde tem despertado o interesse da comunidade científica. A publicação bibliográfica sobre o ACS é recente, pouco abordada em dissertações e teses, sendo os objetivos mais frequentes relacionados à sua caracterização e função. Tudo isso mostra uma busca pela construção de um “que fazer” para esse profissional de saúde, uma vez que o que se teme é que ele seja uma re-edição do “Atendente de Enfermagem” (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

Propostas de formação do ACS, regulamentação da sua prática profissional e vinculação institucional desses trabalhadores também tem sido objeto de preocupação. Na prática, o trabalho do ACS mantém-se como “ponte” entre os serviços de saúde e comunidade, porém, o que se pretendia era que o ACS fosse um facilitador do diálogo entre o conhecimento de caráter popular e o conhecimento científico. Na realidade, o que se constata é cooptação do primeiro pelo segundo (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Outra questão a ser enfrentada refere-se ao processo de capacitação e educação do ACS, percebe-se que a transformação destes em sujeitos proativos deveria ser objetivo central dos programas de capacitação. Os ACS deveriam ser capacitados sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença, porém, na realidade, a proposta de capacitação pauta-se no modelo flexneriano, que enfoca os aspectos biológicos, numa visão fragmentada e reparadora do ser humano, não contemplando a participação comunitária para a transformação dos determinantes de saúde (DURTE; SILVA; CARDOSO, 2007).

O que se pode observar é que a maioria dos trabalhadores da ESF é formada nessa ótica e estes profissionais estão capacitando os ACS. Para um melhor desenvolvimento das habilidades e potencialidades dos ACS, é preciso priorizar as necessidades destes e da comunidade, através da construção de um projeto de educação para ensinar a ensinar, ou seja, uma prática educativa problematizadora (DURTE; SILVA; CARDOSO, 2007).

Outra discussão bastante interessante é a respeito do trabalho do ACS e seu papel de mola propulsora para consolidação do SUS, para a organização das comunidades e a prática regionalizada e hierarquizada de assistência, e para a estruturação dos distritos sanitários. É possível identificar, nessa perspectiva, duas dimensões de atuação desse profissional: técnica e política.

O componente técnico se relaciona ao atendimento aos indivíduos e famílias com o objetivo de prevenção de agravos ou monitoramento de grupos ou problemas específicos. No componente político, explora-se o ACS como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção a saúde, que apoia o autocuidado, fomenta a cidadania e a transformação social.

Porém, outras dimensões precisam ser consideradas na discussão das expectativas de atuação do ACS e dos desafios para o “novo” perfil desse profissional, como mecanismos de seleção, processos de capacitação (treinamento introdutório e educação continuada) e a sistemática da supervisão adotada (SILVA; DALMASSO, 2002).

Além das dimensões citadas, o ACS, também aparece como um educador para saúde, pois organiza o acesso, capta necessidades, identifica prioridades e detecta os casos de risco. Assim, ao tender para o polo técnico, a equipe exercendo sua função de gerência, aparenta não ver as atribuições desses dois polos de atuação ou até mesmo direciona o ACS mais para um ou outro. Desta forma, é possível perceber que existem desafios para sua atuação, fato confirmado pela realidade que se enfrenta hoje ao observar o trabalho da equipe de saúde da família e, em especial, do ACS (SILVA; DALMASSO, 2002).

Se o que se busca é implantar uma oferta de ações de forma organizada, é preciso conformar o saber, os instrumentos e as formas de atuar, através de uma equipe que integre o projeto de trabalho com vistas à promoção da saúde e que se articule com outros equipamentos e movimentos sociais. Destaca-se novamente crítica à formação da equipe multiprofissional que compõe a ESF e o

questionamento de quais são as estratégias para o desenvolvimento do trabalho do agente comunitário (SILVA; DALMASSO, 2002).

Outra questão observada no trabalho do ACS refere-se ao sentimento de onipotência, pois ele sente poder resolver os problemas dos usuários, mas ao mesmo tempo, percebe existir coisas que vão além de sua governabilidade, frustrando expectativas e criando uma esperança no usuário que às vezes não corresponde com a realidade (MARTINES; CHAVES, 2007).

Já em relação ao significado que o ACS atribui ao seu trabalho na construção do SUS, é possível verificar, conforme sua concepção, duas vertentes: a de ajudar e a de estar empregado, com um motriz positivo, ambas são desenvolvidas na comunidade. Quando aprofundado qual o conceito de ajuda, este a define como caridade e orientação, porém ele não percebe o poder de transformação que pode exercer enquanto agente de mudança (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2004).

Na vertente definida como estar empregado se mostra importante, pois a escassez de emprego é um problema presente em nosso país, assim o ACS se sente satisfeito em poder unir uma ação que garanta seu sustento ao prazer de trabalhar no que gosta a comunidade (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2004).

No que se relaciona ao trabalho, o ACS entende como tarefas que deve desempenhar o agendamento de consultas, a entrega de remédios, acompanhamento de crianças e gestantes e a orientação em relação à saúde. O ACS não tem consciência da dimensão do trabalho que pode realizar, e suas ações ainda estão distantes do que se pode caracterizar como ações de promoção da saúde, conforme proposto pelo Ministério da Saúde e definido pela Carta de Ottawa (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2004).

Em relação às concepções que integram a formação com o processo de trabalho dos ACS no âmbito do PACS e ESF, percebe-se a inexperiência em trabalhos anteriores e o desconhecimento do que faz um ACS (BORNSTEIN; STOTZ, 2008), isso de certa forma também dificulta à realização de ações voltadas a promoção da saúde.

Como atividade realizada pelo ACS, destaca-se a visita domiciliar seguida pela educação em saúde. As orientações mais comuns referem-se a cuidados de higiene, calendário vacinal, cuidados com recém-nascidos, puérperas e gestantes, além do uso correto das medicações (FERRAZ; AERTS, 2005).

Quando se avalia o relato dos ACS e da equipe de saúde, percebe-se que estes trabalham na ótica da prevenção de doenças e não da promoção da saúde; que exercem atividades pontuais, que reforçam o conceito de saúde como ausência de doenças. Não consideram a influência da inserção social do usuário no processo de adoecimento, muito menos planejam ações baseadas nas necessidades dos diferentes grupos sociais (FERRAZ; AERTS, 2005).

Ao se trabalhar na concepção do processo saúde-doença socialmente determinado, torna-se possível entender todo contexto que leva o sujeito adoecer. É de extrema importância que os profissionais que desempenham a função de ACS tenham esse entendimento, para que possam desempenhar o que propõe o Ministério da Saúde.

Assim, existe um conflito entre a teoria e prática do ACS, pois o que se pode perceber é que as ações realizadas pelos ACS se resumem a recomendações biomédicas, através de orientações individualizadas, que reforçam a assistência médica sem considerar a dimensão familiar. Por outro lado, o ACS se mostra como mediador entre os serviços de saúde e comunidade, fato esperado na sua atuação, mas que em alguns momentos esse papel pode ser confundido, o que de certa forma favorece o clientelismo (GOMES *et al.*, 2009).

É possível observar a organização do trabalho nas unidades de saúde em função da doença, que se evidencia nas contradições dos discursos e ações do ACS. Há o reconhecimento da importância da vigilância à saúde, porém as ações ainda se mostram voltadas para a doença, o que entra em contradição com o papel atribuído ao ACS. O que se espera é que o trabalho do ACS complemente as ações da equipe multiprofissional e desta forma, contemplar as ações de Promoção da Saúde no contexto do processo saúde-doença socialmente determinado (SILVEIRA; SENA, 2005).

Em uma pesquisa realizada com ACS, em relação ao controle da tuberculose e a busca de sintomáticos respiratórios, conclui-se que a abordagem da família é uma atividade complexa para ser delegada ao ACS, necessitando uma supervisão permanente do médico ou enfermeiro em relação ao seu trabalho. Talvez, seja esta também uma das razões para que o ACS tenha dificuldade em desenvolver atividades de promoção à saúde (NOGUEIRA *et al.*, 2007).

Vários estudos apontaram as condições insalubres e os riscos ocupacionais aos quais os agentes estão sujeitos diariamente. Assim, a biossegurança é

fundamental para prevenir, minimizar e eliminar riscos que possam interferir negativamente na saúde desse profissional na qualidade das suas práticas laborais (MEDEIROS *et al.*, 2015; SANTANA *et al.*, 2015; SILVA; XIMENES-NETO; TEOFILO, 2015; BRAGA *et al.*, 2016).

A atenção quanto às normas de biossegurança representa ao profissional, proteção de seu bem-estar, como também das instituições e/ou órgãos responsáveis (BRAND; FONTANA, 2014).

Assim, sugerem-se como estratégias resolutivas, a modificação dos atendimentos de caráter individualizado, melhoria no processo de comunicação com o uso da linguagem fácil e acessível, valorização dos conhecimentos ímpares, envolvimento de todos os profissionais nas reuniões e nas decisões participativas, bem como co-responsabilização e reflexão sobre suas competências (SANTOS *et al.*, 2015; JUSTO; GOMES; SILVEIRA, 2015; MOREIRA *et al.*, 2016).

5 CONCLUSÃO

A partir do estudo, verificou que os ACS se deparam com inúmeras dificuldades na realização das visitas domiciliares, que tendem a prejudicar ou comprometer a efetividade do trabalho. E, devido ao fato de atuarem em condições vulneráveis, com exposição aos fatores climáticos, difícil e longínquo acesso às residências, indiferença de parte da população, desvalorização da profissão e estruturas falhas acabam desmotivando, o que reforça suas fragilidades nas relações de trabalho.

Os resultados do estudo remetem à necessidade de maiores discussões com o objetivo de minimizar ou solucionar as barreiras persistentes no cotidiano assistencial desse grupo de profissionais. Além disso, há urgência de alocação de recursos materiais, maior atenção dos gestores, programas de capacitação

continuada/permanente, sensibilização da população quanto à relevância do trabalho do ACS e ampliação da frequência de reuniões multidisciplinares como meio de articulação com os outros profissionais.

Esse direcionamento pode possibilitar a aproximação dos princípios do SUS e o melhor desenvolvimento das práticas do ACS. Práticas com enfoque para a participação comunitária, reflexão do processo saúde-doença e transformação da velha assistência baseada na doença e na cura.

Ainda que, o estudo tenha revelado e reafirmado importantes particularidades do trabalho do ACS, houve limitações relacionadas a abrangência e a complementariedade de outras técnicas na coleta de dados, como por exemplo, um estudo de campo através de entrevistas ou aplicação de questionários.

Com isso, novos estudos devem ser realizados, valorizando os discursos diretos desses profissionais. Ademais, é fundamental o desenvolvimento de estudos complementares que possam entender as políticas de recrutamento, definição do currículo e perfil básico desse profissional para desempenho das práticas em saúde coletiva, bem como das doenças ocupacionais que mais atingem esses profissionais e estudos específicos do Burnout e o ACS.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A Visita Domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. M. D. A. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 151-171.

AGUIAR, Z. N. SUS: Sistema único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectivas, desafios. In: AGUIAR, Z. N. (Org). **Antecedentes históricos do Sistema único de Saúde: breve história da Política de saúde no Brasil**. São Paulo: Martinari, 2011a. p. 17 – 38.

AGUIAR, Z. N. SUS: Sistema único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectivas, desafios. In: AGUIAR, Z. N. (Org). **O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde**. São Paulo: Martinari, 2011b. p. 43 – 66.

AGUIAR, Z. N. SUS: Sistema único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectivas, desafios. In: AGUIAR, Z. N. (Org). **A descentralização do SUS: o financiamento e as Normas Operacionais Básicas de Saúde**. São Paulo: Martinari, 2011c. p. 71 – 93.

AGUIAR, Z. N. SUS: Sistema Único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectivas, desafios. In: RODRIGUES, C. R. F. (Org). **Do Programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Martinari, 2011d. p.117-133.

ALMEIDA, C. A. F.; BENATTI, M. C. C. Exposições ocupacionais por fluídos corpóreos entre trabalhadores da saúde e a sua adesão à quimioprofilaxia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p.120-126, 2007.

ALMEIDA, M. C. S.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 1, p. 95-103, 2016.

ALVES, M. E. Síndrome de Burnout. Fundação Universitária Mário Martins. **Psychiatry on line Brasil**. Porto Alegre. v. 22, n. 9, nov., 2017

ANDERLE, P.; SOUZA, B. B.; JULIÃO, G. G.; MILLÃO, L. F.; SANTOS, C. J.; MONTEIRO, J. A. S. Perfil dos pacientes assistidos pela residência integrada em saúde: um olhar humanizado na assistência domiciliar. **Aletheia**. n. 41, p. 164 – 73, 2013.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **RevEscEnferm**. São Paulo: USP. v. 46, n. 3, p. 626 – 32, 2012.

AUGUSTO, C. A.; SOUZA, J. P.; DELLAGNELO, E. H. L.; CARIO, S. A. F. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **RESR**, Piracicaba, v. 51, n. 4, p. 745-64, out.- dez., 2014.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, p. 33-9, 2007.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. Recife, v. 14, n. 35, p. 797-810, out.-dez.,2010.

BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**. v. 2, p. 53 – 70, 2014.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Revbrasenferm**. v. 66, n.3, p. 358 – 65, 2013.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas detransformação. **Texto & contexto enferm**. v. 21, n. 3, p. 549 – 57, 2012.

BARROS, C. P. Os riscos ocupacionais do agente comunitário de saúde: uma revisão bibliográfica integrativa. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Governador Valadares, 2012. 31f.

BELLENZANI, R.; PARO, D. M.; OLIVEIRA, M. C. Trabalho em saúde mental e estresse na equipe: questões para a Política Nacional de Humanização/SUS. **Revpsicol saúde**.v. 18, n. 1, p. 32 – 43, 2016.

BENEVIDES-PEREIRA, A. Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil. In: Anais da XXXII **Reunião Anual de Psicologia**. Rio de Janeiro, p. 84-85, 2001.

BORBA, P. C.; OLIVEIRA, R. S.; SAMPAIO, Y. P. C. C. **O PSF na prática: organizando o serviço**. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 13, n. 1, p. 259-68, 2008.

BRAGA, G. M. A. M.; MAFRA, S. C. T.; SILVA, E. P.; GOMES, A. P.; MELO, M. S. S. Percepção do trabalho do agente comunitário de saúdepelos usuários atendidos nas unidades básicas de saúde da família de Viçosa, MG: tarefas realizadas e normas prescritas. **Oikos: Revbrasecon dom**. v. 27, n. 1, p. 79 – 95, 2016.

BRAND, C. I.; FONTANA, R. T. Biossegurança na perspectiva da equipe de enfermagem de Unidades de Tratamento Intensivo. **Revbrasenferm**. v. 67, n. 1, p. 78 – 84, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família-nº 5**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Lei nº 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 nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 6 out. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 291 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2. ed. Brasília: MS, 2009. 46 p. :il.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde no Brasil**. Brasília: MS, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/96**. Brasília: MS, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-SUS Atenção Básica : Manual do Aplicativo ACS - Agente Comunitário de Saúde** – Versão 2.0 [recurso eletrônico]. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. A Lei nº 13. 595 de 05 de janeiro de 2018 altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 6 jan. 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica-DAB. **Entenda melhor o sistema e-SUS AB**. Sistema online. Brasília: MS, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica-DAB. **Material de apoio (documentos, fichas e outros) e orientações para preenchimento de fichas e-SUS**. Sistema online. Brasília: MS, 2019.

BRONDANI, J. P. **Relacionamento interpessoal e o trabalho em equipe: uma análise sobre a influência na qualidade de vida no trabalho**. Porto Alegre, 2010.

BURATTI, J. G. **Prevalência da Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde**. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba, 2018.

CARLOS, C.; GADELHA, N. **Síndrome de Burnout: Exaustão emocional na saúde**. Jornal do Comércio. Assessoria de imprensa do Simepe, Recife, segunda, 16 de set. 2011.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **Revista PSICO**, v. 39, n. 2, p. 152-158, abr.-jun., Porto Alegre, 2008.

CARVALHO, G. A. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, 2013.

CASTILHO, A. P.; BORGES, N. R. M.; PEREIRA, V.T. **Manual de metodologia científica do ILES Itumbiara/GO**. Itumbiara: ILES/ULBRA, 2014.

COPETTI, P. B. Riscos ocupacionais, ações para minimizá-los, condutas frente a acidentes na voz de trabalhadores de enfermagem. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, Ijuí, 2011.

CORDOBA, E. **SUS e ESF – Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Rideel, 2013. 296 p.

COSTA, S. M.; ARAÚJO, F. F.; MARTINS, L. V.; NOBRE, L. L. R.; ARAÚJO, F. M.; RODRIGUES, C. A. Q. Agente Comunitário de Saúde: elementonuclear das ações em saúde. **Ciênc saúde coletiva**. v. 18, n. 7, p. 2147 – 56, 2013

COUTO, E. A. **A visita domiciliar na promoção da saúde da mulher: Pesquisa Bibliográfica**. Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso. Coordenação de ensino, pesquisa e extensão. Cuiabá, 2012.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 605-613, 2010.

DE-OLIVEIRA, R.; SAMPAIO, Y. P.; BORBA, P. C. Organização de visitas domiciliares. In: **Anais do VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**, 2004. Rio de Janeiro: SBMFC, 2004. p. 134.

DRULLA, A.; ALEXANDRE, A. M. C.; RUBEL, F. I. M.; AZEVEDO, V. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 667- 74, out- dez, 2009.

DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface Comum. Saúde Educ.** v. 11, n. 23, p. 439-47, 2007.

FEITOSA, M. R.; MÁXIMO, A. L. P. A influência do relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho: um estudo bibliográfico. VI Semana de Iniciação Científica da Faculdade de Juazeiro do Norte. Juazeiro do Norte, 2014.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Cienc. Saúde Coletiva**. Porto Alegre. V. 10, n. 2, p. 47-355, 2005.

FIGUEIREDO, M. R. B.; CAMARGO, M. E. B. Gestão de serviços públicos na atenção básica. In: MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M. R. B. (Org). **Enfermagem em Saúde Coletiva**. v. 1. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusa, 2012, p. 91-109.

FIGUEIREDO, M. R. B.; CAMARGO, M. E. B.; SCHNEIDER, M. I. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M. R. B. (Org). **Enfermagem em Saúde Coletiva**. v. 1. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusa, 2012, p. 63-87.

FIGUEIREDO, M. R. B.; MILLÃO, L. F. Estratégia de Saúde da Família. In: MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M. R. B. (Org). **Enfermagem em Saúde Coletiva**. v. 1. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusa, 2012, p. 294-303.

FRANCA. F. M.; FERRARI, R. Síndrome de Burnout e os aspectos sóciodemográficos em profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo. v. 25, n. 5, 2012.

FREITAS, H.; BECKER, J.; MARTENS, C. D. P.; MARCOLIN, C. Sistemas de informação – temas de pesquisa acadêmica no brasil entre 1994 e 2013. **Revista Eletrônica de Sistemas de Informação**. v. 13, n. 3, p. 1 – 35, 2014.

FREITAS, L. M.; CORIOLANO - MARINUS, M. W. L.; LIMA, L. S.; RUIZ - MORENO, L. Training of community health agents in the city of Altamira (Pará), Brazil. **ABCS Health Sci**. v. 40, n. 3, p. 171-77, 2015.

FROTA, O. P.; FERREIRA, A. M.; LOUREIRO, M. D. R.; CHEADE, M. F. M.; REIS, M. G. O uso de equipamento de proteção individual por profissionais de enfermagem na aspiração endotraqueal. **Rev Enferm**. UERJ. Rio de Janeiro. V. 20, n. 1, p. 625 – 30, 2012.

GEHN, M.; GEHLEN, M. H.; ILHA, S.; NICOLA, G. D. O.; ZAMBERLAN, C.; BACKES, D. S. Percepção de usuários de saúde em relação às ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. **DisciplinarumScientia**. v. 12, n. 1, p. 27 – 37, 2011.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; CHERCHIGLIA, M. L.; MITRE, S. M.; BATISTA, R. S. A Praxis do agente comunitário de saúde no contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 18, n. 4, 2009. p. 744-755.

GOMES, K. O.; COTTA, R. M. M.; CHERCHIGLIA, M. L.; MITRE, S. M.; BATISTA, R. S. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saude soc**. v. 18, n. 4, p. 744 – 75, 2009.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des) valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016.

HORTA, N. C.; SENA, R. R.; SILVA, M. E. O.; OLIVEIRA, S. R.; REZENDE, V. A. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev Bras Enferm**. Belo Horizonte. Brasília, v. 62, n. 4, p. 524-529, jul.-ago., 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores. Brasília, 2010.

JUSTO, C. M. P.; GOMES, M. H. A.; SILVEIRA, C. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentescomunitários de saúde da estratégia de saúde da família. **Saúde Soc**. v. 24, n. 2, p. 594 – 606, 2015.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Community health agent: a literature review. **Rev. latinoam. Enferm**. v. 14, n. 6, p. 957 – 63, 2006.

KOVALESKI, D. F.; BRESSAN, E. A Síndrome de Burnout em profissionais de saúde. **Health & Social Change**. Santa Catarina, v. 3, n. 2, 2012.

LANZONI, G. M. M.; CECHINEL, C.; MEIRELLES, B. H. S. Agente Comunitário de Saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. **Rev Rene**. v. 15, n. 1, p. 123-31, 2014.

LEITÃO, I. M. T.; FERNANDES, A. L.; RAMOS, I. C. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 4, p. 476-484, out.-dez., 2008.

LEONEL, V. **Ciência e Pesquisa: livro didático**. 2. ed. rev. atual. Palhoça: UnisulVirtual, 2007. 230 p.: il.
LIPP, M. N. (Org.). **O Stress do Professor**. 5. ed. Campinas; São Paulo: Papirus, 2007.

MAIA, L. D. G.; SILVA, N. D.; MENDES, H. C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. **Rev. Bras. Saúde Ocup**. São Paulo, v. 36, n. 123, p. 93-102, 2011.

MANDÚ, E.N. T.; GAIVA, M. A.; SILVA, M. A.; SILVA, A. M. N. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 13-40, jan-mar, 2008.

MANTOVANI, M. F.; MOTTIN, J. V.; RODRIGUES, J. Visita domiciliar de enfermagem com atividades no tratamento da pressão arterial. Online Brazilian. **Journal of Nursing**. v. 6, n. 1, 2007.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo. v. 41, n. 3, p. 426-33, 2007.

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 16, n. 1, p. 873-80, 2011.

MARZIALE, M. H. P. Atribuições e funções dos enfermeiros do trabalho no Brasil e nos Estados Unidos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2010.

MATTOS, G. C. M.; FERREIRA, E. F.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, fev., 2014.

MEDEIROS, L. N. B.; GUEDES, C. D. F. S.; SILVA, D. R.; SOUZA, T. K. C.; COSTA, A. B.; NETA, B. P. A. A. Condições laborais e o adoecimento dos agentes comunitários de saúde: revisão integrativa. **Rev eletrônica estágio saúde**. v. 4, n. 2, p. 180-192, 2015.

MOREIRA, D. A.; HORTA, N. C.; BRITO, M. J. M.; PEREIRA, L. A.; MONTENEGRO, L. C. Estratégias de organização e fortalecimento do trabalho da enfermagem na equipe de saúde da família. **Rev Enferm Cent-Oeste Min**. v. 1, n. 6, p. 2106-18, 2016.

MOROCO, M. F. P. **Limitações e potencialidades da visita domiciliar como ferramenta assistencial na saúde da família**. UFMG. Curso de especialização em atenção básica e saúde da família. Conselheiro Lafaiet, 2014.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trab. Educ. Saúde**. v. 5, n. 2, p. 261-80, 2007.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização conjugada. **Estud. Pesqui Psicol.** v. 6, n. 2, p. 72 – 88, 2006.

NASCIMENTO, V. F.; TERÇAS, A. C. P.; HATTORI, T. Y.; GRAÇA, B. C.; CABRAL, J. F.; GLERIANO, J. S.; BORGES, A. P.; RIBEIRO, G. R. M. S. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. **Saúde. Santa Maria**, v. 43, n. 1, p. 60-69, jan.-abr., 2017.

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

NOGUEIRA, J. A.; RUFFINO-NETTO, A.; MONROE, A. A.; GONZALES, R. I. C.; VILLA, T. C. S. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do agente de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v. 9, n. 1, p. 106-18, 2007.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In: FIOCRUZ. (Org). A saúde no Brasil em 2030- prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. **Scielo Books.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 3, 2013. p. 19-32.

OHARA, E. C. C.; RIBEIRO, M. P. Assistência domiciliária. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (Eds.). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade.** São Paulo: Martinari, 2008. p. 115-30.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: ESTADO, Sociedade e formação- Miolo- Estado. (Org). **Sociedade e formação profissional em saúde**, 2010.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **Interações.** Campo Grande, v. 18, n. 3, p. 97-105, jul.-set., 2017.

PINHEIRO, R. L.; GUANAES-LORENZI, C. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. **Estud Psicol.** Natal. v. 19, n. 1, p. 48-57, 2014.

PORÃ, Prefeitura do município de Cunha. **Agente Comunitário de Saúde.** Cunha Porã, 2015.

PRESTES, M. L. M. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia.** 4. ed. São Paulo: Rêspel, 2012, 312 p.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. **Políticas Públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde.** Módulo Político Gestor. Especialização em Saúde Pública. UMA-SUS, UNIFESP, 2011.

REINHOLD, H. Educação com sentido: Orientação para professores. In LIPP, M. N. (Org.) **O Adolescente e seus dilemas: Orientação para pais e professores.** Campinas: Papirus, 2010, p. 27-42.

RIBAS, C. C. C.; FONSECA, R. C. V. **Manual de Metodologia.** Curitiba, 2008.

RIBEIRO, A. E. C.; RIBEIRO, M. C.; ESPINDULA, M. B. Identificação dos riscos institucionais em profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem** do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [on-line], v. 1, n. 1, p. 1-16, 2010.

RODRIGUES, M. **Programa Saúde da Família.** Rio de Janeiro, 2011.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Acta Paul. Enferm.** v. 17, n. 3, p. 255-61, 2004.

SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M.; CRACO, P. F.; PEREIRA, M. J. B. Concepções da Equipe de Saúde da Família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-64, nov.-dez., 2007.

SANTANA, A. B.; SOUZA, Z. C. S. N.; CALÓ, F. O.; CALDAS, M. F. **Visita domiciliar como estratégia de promoção da saúde no puerpério: relato de experiência na graduação em enfermagem.** Congresso Brasileiro de Enfermagem e Obstetrícia e Neonatal, trabalho590ABENFO/MG, 2011.

SANTANA, J. C. B.; FORTES, N. M.; GONÇALVES, C. P.; MOURA, I.C.; PORTO, P. A. Visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde no planejamento das ações das estratégias da saúde da família: avanços e desafios. **Enferm Rev.** v. 18, n. 2, p. 18-28, 2015.

SANTOS, A. C. **Curso técnico de agente comunitário de saúde: a percepção dos ACS** [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. Campinas, v. 10, n. 1, p. 220-227, 2008.

SANTOS, M. G.; CERETTA, L. B.; SCHWALM, M. T.; DAGOSTIM, V. S.; SORATTO, M. T. Desafios enfrentados pelos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família. **Rev inovasaúde**. v. 4, n. 1, p. 26-36, 2015.

SARAIVA, L. L. O.; SILVA, A. L. B.; AQUINO, D. L.; COSTA, K. V.; MAGALHÃES, A. G. Visita domiciliar multiprofissional: uma proposta de cuidado materno-infantil no puerpério. **Revista Extensão e Sociedade**. São Paulo, v. 3, n: 3, 2011.

SCHEIL-ADLUNG, X. Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries. **International Labour Office, Social Protection Department**. Geneva: ILO, 2015.

SILVA, R. O. L. **A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família: um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro**, S586 , VII, 129f, 105 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2009.

SILVA, L. M. S.; FERNANDES, M. C.; MENDES, E. P.; EVANGELISTA, N.C.; TORRES, R. A. M. Trabalho interdisciplinar na estratégia de saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev enferm**. UERJ. Rio de Janeiro. v. 20, n. 2, p. 784-88, 2012.

SILVA, A. O. R.; XIMENES-NETO, F. R. G.; TEÓFILO, T. J. S. Visita ao lar na estratégia saúde da família por agentes comunitários de saúde. **Essentia**. v. 16, p.140-155, 2015.

SILVA, J. A.; DALMASSO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface Comum. **Saúde Educ**. v. 6, n. 10, p. 75-83, 2002.

SILVA, R. S.; MORELL, M. G. G. (orgs.) **Política Nacional de Saúde Pública- a trindade desvelada: economia- saúde- população**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2012.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R. Diversidades de práticas e saberes: o caso do agente comunitário de saúde no Programa da Família de Nova Contagem Minas Gerais. **REME- rev. min. enferm**. v. 9, n. 1, p. 59-64, 2005.

SOSSAI, L. C. I.; PINTO, I. C. A visita domiciliária do Enfermeiro: Fragilidade X potencialidades. **Cienc. Cuid. Saúde**. v. 9, n. 3, p. 569- 76, jul- set, 2010.

SOUSA, M. N. A.; SILVA, A. C. C.; BEZERRA, C. M. M.; MEDEIROS, R. C.; COSTA, T. S. Riscos ocupacionais nas atividades do agente comunitário de saúde. **FIEP BULLETIN**. Cajazeiras. ed. esp. v. 84, art. 2, 2014.

SOUZA, L. J. R.; FREITAS, M. C. S. O Agente Comunitário de Saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Rev baiana saúde pública**. v. 35, n. 1, p. 96-109, 2011.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. D. Síndrome de Burnout ou Estafa Profissional e os Transtornos Psiquiátricos. **Rev. Psiquiatr. Clín**. São Paulo, v. 34, n. 5, p. 223-33, 2007.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm**. USP, São Paulo, v. 44, n. 2, Jun., 2010.

TUCUNDUVA, L. T. C. M.; GARCIA, A. P.; PRUDENTE, F. V. B.; CENTOFANTI, G.; SOUZA, C. M.; MONTEIRO, T. A.; VINCE, F. A. H.; SAMANO, E. S. T.; GONÇALVES, M. S.; DEL GIGLIO, A. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo, v. 52, n. 2, p. 108-112, 2006.

WILTENBURG, D. C.; KLEIN, R. B. **Síndrome de Burnout: conhecer para prevenir-se, uma intervenção necessária**. Departamento de Políticas e Programas Educacionais de São Mateus do Sul. São Mateus do Sul, 2009.

ANEXO A
FICHA DE CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL COMPATÍVEL COM CDS E-
SUS AB

	CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO:	FOLHA:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
[][][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][][][][][][][]	/ /

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO*	UF*
CEP*			
BAIRRO*	TIPO DE LOGRADOURO*	NOME DO LOGRADOURO*	
NÚMERO* : ☐ SEM NÚMERO ☐	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA* [][][] FA

TIPO DE IMÓVEL*	TELEFONES PARA CONTATO
[][][][][][][][][][][][][][][][]	TEL. RESIDÊNCIA: () TEL. CONTATO: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*	LOCALIZAÇÃO*
☐ Próprio ☐ Financiado ☐ Alugado ☐ Arrendado ☐ Cedido ☐ Ocupação ☐ Situação de Rua ☐ Outra	☐ Urbana ☐ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra ☐ Proprietário ☐ Parceiro(a)/Meio(a) ☐ Assentado(a) ☐ Posseiro ☐ Arrendatário(a) ☐ Comodatário(a) ☐ Beneficiário(a) do Banco da Terra ☐ Não se aplica
--	--

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO ☐ Pavimento ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro Disponibilidade de Energia Elétrica? ☐ Sim ☐ Não	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento</td> <td>Taipa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento</td> <td>Outros: ☐ Madeira Aparelhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material</td> </tr> </table>	Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento	Taipa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento	Outros: ☐ Madeira Aparelhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material
Alvenaria/Tijolo: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento	Taipa: ☐ Com Revestimento ☐ Sem Revestimento	Outros: ☐ Madeira Aparelhada ☐ Palha ☐ Material Aproveitado ☐ Outro Material		

ABASTECIMENTO DE ÁGUA ☐ Rede Encanada até o Domicílio ☐ Poço/Nascente no Domicílio ☐ Cisterna ☐ Carro Pipa ☐ Outro	ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO ☐ Filtrada ☐ Fervida ☐ Clorada ☐ Mineral ☐ Sem Tratamento
---	---

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO ☐ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ☐ Fossa Séptica ☐ Fossa Rudimentar ☐ Direto para um Rio, Lago ou Mar ☐ Céu Aberto ☐ Outra Forma	DESTINO DO LIXO ☐ Coletado ☐ Queimado/Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro
--	--

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	
☐ Sim ☐ Não	QUAL(ES)? ☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ Outros Quantos: _____

FAMÍLIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL **	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	[][][][][][][][][][][][][][][][]	/ /	(R\$) ½ 1 2 3 4 +	[][][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][][][][][][][]	☐
	[][][][][][][][][][][][][][][][]	/ /	(R\$) ½ 1 2 3 4 +	[][][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][][][][][][][]	☐
	[][][][][][][][][][][][][][][][]	/ /	(R\$) ½ 1 2 3 4 +	[][][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][][][][][][][]	☐
	[][][][][][][][][][][][][][][][]	/ /	(R\$) ½ 1 2 3 4 +	[][][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][][][][][][][]	☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura _____

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:		
Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? ☐ Sim ☐ Não		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA		
NOME:	CNS DO RESPONSÁVEL:	
CARGO NA INSTITUIÇÃO:	TEL. CONTATO:	
TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.		
_____ Assinatura		

Legenda: ☐ Opção de múltipla escolha ☐ Opção de única escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

Tipo de Imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

*Campo obrigatório

**Campo com obrigatoriedade condicional

FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL COMPATÍVEL COM CDS E-SUS AB

	CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
				/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA* ☐ FA
NOME COMPLETO:*			
NOME SOCIAL:	DATA DE NASCIMENTO:*		SEXO:* ☐ F ☐ M
RAÇA/COR:* ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena	Etnia:**	Nº NIS (PIS/PASEP)	
NOME COMPLETO DA MÃE:*			
☐ Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI:*			
☐ Desconhecido			
NACIONALIDADE:* ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro	PAÍS DE NASCIMENTO:**	DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /	
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**	MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**		
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /	TELEFONE CELULAR: ()	E-MAIL:	

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Entead(a) ☐ Neto(a)/Bisneto(a) ☐ Pai/Mãe ☐ Sogro(a) ☐ Irmão/Irmã ☐ Genro/Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente	OCUPAÇÃO
--	----------

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* ☐ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? ☐ Creche ☐ Pré-escola (exceto CA) ☐ Classe de Alfabetização - CA ☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries ☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Fundamental Especial ☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) ☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) ☐ Ensino Médio, Médio 2º Cido (Científico, Técnico etc.) ☐ Ensino Médio Especial ☐ Ensino Médio EJA (Supletivo) ☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado ☐ Alfabetização para Adultos (Mobral etc.) ☐ Nenhum	SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO ☐ Empregador ☐ Assalariado com carteira de trabalho ☐ Assalariado sem carteira de trabalho ☐ Autônomo com previdência social ☐ Autônomo sem previdência social ☐ Aposentado/Pensionista ☐ Desempregado ☐ Não trabalha ☐ Servidor público/militar ☐ Outro
---	---

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ Outro			
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☐ Não	POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não			
SE SIM, QUAL?			

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Outra ☐ Homossexual (gay / lésbica)	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL? ☐ Homem transexual ☐ Travesti ☐ Mulher transexual ☐ Outro	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*
		☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL(ES)? ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra ☐ Visual ☐ Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

☐ Mudança de território ☐ Óbito	SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** / / Número da D.O.:
---	--

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☐ Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? ☐ Abaixo do Peso ☐ Peso Adequado ☐ Acima do Peso	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** ☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? ☐ Sim ☐ Não		
FAZ USO DE ÁLCOOL? ☐ Sim ☐ Não	ESTÁ COM HANSENÍASE? ☐ Sim ☐ Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ☐ Sim ☐ Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? ☐ Sim ☐ Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ☐ Sim ☐ Não	TEM OU TEVE CÂNCER? ☐ Sim ☐ Não	
TEM DIABETES? ☐ Sim ☐ Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ☐ Sim ☐ Não	
TEVE AVC/DERRAME? ☐ Sim ☐ Não	SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____	
TEVE INFARTO? ☐ Sim ☐ Não	TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? ☐ Sim ☐ Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não	ESTÁ ACAMADO? ☐ Sim ☐ Não	
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** ☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe	ESTÁ DOMICILIADO? ☐ Sim ☐ Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ☐ Sim ☐ Não	USA PLANTAS MEDICINAIS? ☐ Sim ☐ Não	
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** ☐ Insuficiência Renal ☐ Outro ☐ Não Sabe	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____	
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* ☐ Sim ☐ Não TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ☐ Sim ☐ Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? ☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? ☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outras ☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).** ☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

***Campo obrigatório**

****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**

ANEXO C

FICHA DE VISITA DOMICILIAR COMPATÍVEL COM CDS E-SUS AB

SAÚDE CDS ATENÇÃO BÁSICA		FICHA DE VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL																				DIGITADO POR:		DATA: / /	
																						CONFERIDO POR:		FOLHA Nº:	
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*		CNES*		INE*		DATA*																	
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
TURNO*		000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
MICROÁREA*																									
TIPO DE IMÓVEL*																									
Nº PRONTUÁRIO																									
CNS do cidadão (para visita periódica ou visita domiciliar para controle vetorial, usar o CNS do responsável familiar)																									
Data de nascimento**		Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		Ano																							
Sexo** (F) Feminino (M) Masculino		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Visita compartilhada com outro profissional																									
Cadastramento/Atualização																									
Visita periódica																									
Busca ativa																									
Consulta																									
Exame																									
Vacina																									
Condicionalidades do Bolsa Família																									
Acompanhamento																									
Gestante																									
Puerpera																									
Recém-nascido																									
Criança																									
Pessoa com desnutrição																									

1/2

VD/E-SUS AB v21

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Acompanhamento	Pessoa em reabilitação ou com deficiência																								
	Pessoa com hipertensão																								
	Pessoa com diabetes																								
	Pessoa com asma																								
	Pessoa com DPOC/enfisema																								
	Pessoa com câncer																								
	Pessoa com outras doenças crônicas																								
	Pessoa com hanseníase																								
	Pessoa com tuberculose																								
	Sintomáticos respiratórios																								
	Tabagista																								
	Domiciliados/Acamados																								
	Condições de vulnerabilidade social																								
	Condicionalidades do Bolsa Família																								
	Controle ambiental/vetorial	Saúde mental																							
Usuário de álcool																									
Usuário de outras drogas																									
Ação educativa																									
Imóvel com foco																									
Ação mecânica																									
Tratamento focal																									
Egresso de Internação																									
Convite atividades coletivas/campanha de saúde																									
Orientação/prevenção																									
Outros	Outros																								
	Peso (kg)																								
	Altura (cm)																								
	Visita realizada																								
tópometria	Visita recusada																								
	Ausente																								

enda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

de área: usar FA para Fora de Área ou 00 a 99 para o número da microárea.

de imóvel: 01 Domicílio, 02 comércio, 03 terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, barracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

tipo L: campo numérico

mpo obrigatório

ampos obrigatórios para visitas ao cidadão ou a sua família

2/2

VD/E-SUS AB v21