



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Especialização *lato sensu* em Saúde Pública

Bárbara Kellen Souza Oliveira

**O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) E
A SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO: contribuições da Educação Permanente em
Saúde**

Belo Horizonte
2024

Bárbara Kellen Souza Oliveira

**O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) E
A SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO: contribuições da Educação Permanente em
Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Thais Lacerda e Silva

Belo Horizonte

2024

O48p

Oliveira, Bárbara Kellen Souza.

O processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) e a supervisão do enfermeiro: contribuições da Educação Permanente em Saúde. / Bárbara Kellen Souza Oliveira. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

51 f.

Orientador(a): Thais Lacerda e Silva.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Supervisão. 2. Enfermeiro. 3. Agente Comunitário de Saúde. 4. Educação Permanente em Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Silva, Thais Lacerda e. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM W 21.5

Bárbara Kellen Souza Oliveira

**O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) E
A SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO: contribuições da Educação Permanente em
Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Pública.

Profa. Dra. Thais Lacerda e Silva— ESP-MG (Orientadora)

Profa. Dra. Amanda Nathale Soares – ESP-MG (Banca Examinadora)

Profa. Ma. Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita – ESP-MG (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 18 de outubro de 2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela força, sabedoria, pela constante presença em todos os momentos da minha vida e, por me conduzir a esta jornada maravilhosa. Sem sua luz e proteção, este trabalho e tantas conquistas seriam impossíveis. Aos meus pais, pelo amor incondicional, por serem meu suporte e exemplo de afeto e cuidado. Vocês são a base de tudo o que sou e conquistei. Ao meu marido Ricardo, por todo amor e apoio, por cuidar de nossa família, por estar ao meu lado em cada desafio partilhando os sacrifícios e pela compreensão nos momentos de ausência. Aos meus filhos, Theo e Beatriz, minha maior motivação e fonte de amor e alegria.

Agradeço aos meus irmãos, sobrinhos, familiares e amigos, por todo carinho e encorajamento, sempre acreditando no meu potencial e celebrando cada vitória comigo. Aos queridos amigos da especialização, pela amizade, pelas trocas de conhecimento e apoio mútuo durante essa caminhada. Muito carinho por cada um de vocês. Em especial ao meu quarteto fantástico, Bruna, Fabrício e Eliano, a Rosângela, Shirlei, Ana Flávia e a Lilian. A convivência com vocês tornou essa jornada mais leve, prazerosa e enriquecedora.

Gostaria de agradecer a toda equipe de trabalho (antes Santa Ruth/Santa Marta e hoje Chico Osório), que estão ou estiveram constantemente ao meu lado. Obrigada por me acolherem, por me ensinarem e por me permitir fazer parte de equipes tão potentes e competentes. Este trabalho é, sem dúvida, resultado de uma construção coletiva, e das vivências que partilhamos no dia a dia.

Agradeço imensamente à minha orientadora Thais, pela paciência, dedicação, apoio e condução indispensável na realização deste trabalho. Suas valiosas contribuições, sua motivação e seus ensinamentos foram fundamentais para que este projeto se concretizasse. Às professoras Amanda e Juliana, agradeço pela confiança e pela atenção dedicada à minha pesquisa. Muito carinho e admiração por vocês.

Por fim, sem palavras para agradecer à ESP-MG por tudo que vivenciei durante a especialização. Obrigada pelo acolhimento, respeito, consideração com nossas trajetórias, pelas experiências adquiridas ao longo desta jornada que foram essenciais para o meu desenvolvimento como profissional da saúde pública. Meus sinceros agradecimentos a coordenação do curso, a todos os docentes e funcionários que contribuíram com esta caminhada.

A todos, minha eterna GRATIDÃO!

A alegria não chega apenas
no encontro do achado, mas
faz parte do processo da
busca. E ensinar e aprender
não pode dar-se fora da
procura, fora da boniteza e
da alegria.

(FREIRE, 2004, p. 142)

RESUMO

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são profissionais fundamentais para a construção de vínculo com a comunidade, para a ampliação de acesso dos usuários aos serviços e ações ofertados pela Atenção Primária à Saúde (APS) e para a construção de um diagnóstico situacional local, o qual deve subsidiar todo e qualquer trabalho nesse nível de atenção. Assim, o trabalho do ACS é central para que as equipes da APS possam planejar as ações a serem desenvolvidas, em sintonia com as reais necessidades de saúde da população. Esses profissionais são muito mobilizados pelo apoio e pela supervisão exercidos pelo enfermeiro da equipe. Considerando a relevância e a potência envolvida no processo de trabalho do ACS e reafirmando a supervisão do enfermeiro com grandes possibilidades de alcance das mudanças necessárias e benéficas na conformação e consolidação da APS, esse trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção que auxilie no processo de supervisão do trabalho dos ACS, realizado pelo enfermeiro, tendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) como referencial teórico-metodológico. A EPS, quando aplicada aos contextos de trabalho da Atenção Primária em Saúde, tem o potencial de transformar significativamente os processos de trabalho, promovendo uma maior integração entre os profissionais e uma melhoria na qualidade dos serviços prestados. Espera-se com esse trabalho aprimorar o processo de supervisão do trabalho do ACS em uma unidade básica de saúde de um município do interior de Minas Gerais e, com isso, desenvolver processos de trabalhos que elevem o potencial dessa equipe de saúde da família.

Palavras-chave: Supervisão; Enfermeiro; Agente Comunitário de Saúde, Educação Permanente em Saúde, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The community health agents (CHA) are fundamental professionals for building bonds with the community, for expanding users' access to services and actions offered by Primary Health Care (PHC) and for building a local situational diagnosis, which should support any and all work at this level of care. So, the work of this agents is a central part for that primary care teams can plan the actions to be developed, with the real health needs of the population. These professionals are greatly mobilized by the support and supervision provided by the team nurse. Considering the relevance and power involved in the community health agents work process and reaffirming the supervision of nurses with great possibilities of achieving necessary and beneficial changes in the formation and consolidation of primary care, this work aims to develop an intervention project that assists in the process supervision of the work of health agents, carried out by nurses, using Permanent Health Education as a theoretical-methodological reference. The Permanent Health Education, when applied to Primary Health Care work contexts, has the potential to significantly transform work processes, promoting greater integration between professionals and an improvement in the quality of services provided. This work is expected to improve the process of supervising the work of the CHA in a basic health unit in a municipality in the interior of Minas Gerais and, with this, develop work processes that increase the potential of this health team in the family.

Keywords: Supervision; Nurse; Community Health Agent; Permanent Health Education; Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de usuários cadastrados, domicílios cadastrados e total de domicílios reais por micro área, conforme sistema Vivver.....	27
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Proposta de ações/atividades para aprimorar o acompanhamento do processo de supervisão do trabalho das ACS.....	34
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
COREN-DF	Conselho Regional de Enfermagem- Distrito Federal
EPS	Educação Permanente em Saúde
eMULTI	Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSO	Pronto Socorro Odontológico
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVO	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS)	16
3.2 O Trabalho de Supervisão: caminhos para a atuação do enfermeiro da APS	19
3.3 Educação Permanente em Saúde	22
4. CONTEXTUALIZAÇÃO E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	26
4.1 Breve caracterização do local de estudo: serviços de saúde do SUS no município	26
4.2 Atividades de acompanhamento e de supervisão que realizo junto aos ACS	27
4.3 Desafios identificados no processo de supervisão/acompanhamento do trabalho das ACS	31
4.4 Plano de Intervenção	34
5. RESULTADOS ESPERADOS	40
REFERÊNCIAS	41

1. INTRODUÇÃO

Minha trajetória como enfermeira da Atenção Primária à Saúde (APS) se iniciou há pouco mais de três anos, no município de Itabira/Minas Gerais, em um momento bem turbulento em que vivenciávamos a pandemia da Covid 19. Ainda nesse período fiquei um tempo afastada do trabalho devido à gestação e ao período pós parto. Anteriormente à minha inserção na APS, minha atuação e atualização profissional eram mais voltadas à atenção secundária e terciária, em atendimento às urgências/emergências. Embora eu me identifique com o trabalho na atenção secundária e terciária, sempre me encantei pelas áreas de educação e de promoção à saúde, o que me redirecionou à APS.

Há cerca de dez meses, faço parte de uma equipe de Saúde da Família (eSF) que, além de mim, é composta por quatro agentes comunitários de saúde (ACS), um médico e dois auxiliares de enfermagem. Esta eSF é responsável por uma população de abrangência de, aproximadamente, 3.906 habitantes (E-SUS, 2024).

Nos dias atuais, me vejo com muitas dificuldades em organizar meu processo de trabalho como enfermeira da equipe e colocar em prática algumas ações e projetos que considero importantes, por motivos diversos, entre os quais destaco: a sobrecarga de trabalho pela qual estou exposta; as dificuldades inerentes ao trabalho interdisciplinar, além das exigências e pressões em torno do cumprimento de metas e indicadores. Tal situação tem gerado, em mim, frustração e desânimo, na medida em que o formato atual de trabalho concorre com a construção de uma trajetória que me traga mais satisfação e que me aproxime dos princípios e das diretrizes que norteiam (ou pelo menos deveriam nortear) o trabalho na APS.

Uma das atribuições da enfermeira que compõe a eSF, e que, particularmente considero bastante desafiadora e de grande relevância, é a supervisão e o acompanhamento do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Os ACS são profissionais fundamentais para a construção de vínculo com a comunidade, para a ampliação de acesso dos usuários aos serviços e ações ofertados pela APS e para a construção de um diagnóstico situacional local, o qual deve subsidiar todo e qualquer trabalho na APS (Nascimento; Correa, 2008; Nunes et. al, 2002).

Em minha experiência na APS tenho percebido que os ACS são muito mobilizados pelo apoio e pela supervisão exercidos pelo enfermeiro da equipe, reforçando a importância e a influência dessa função sobre o trabalho do ACS. Como minha atuação na APS é relativamente recente e permeada por dificuldades e descontinuidades no trabalho decorrentes da pandemia, da licença-maternidade e da troca de equipe, ainda estou em busca da melhoria e do aprimoramento da função de supervisão e acompanhamento do trabalho dos agentes. Até então,

minha atuação e formação em enfermagem me possibilitam supervisionar e acompanhar o trabalho dos técnicos de enfermagem, o que não acontece de forma natural e fluida com os ACS. Temos tido dificuldades em manter uma regularidade no acompanhamento e de trabalhar até mesmo com os dados básicos para o planejamento de ações voltadas para o cuidado da população.

Com base no exposto, destaco a relevância de pensar e propor um projeto de intervenção, pautado nos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS), para a implementação da supervisão do trabalho do ACS. A escolha pela EPS como referencial teórico- metodológico para a construção do projeto se deve ao fato de acreditar na maior efetividade do trabalho cooperativo, no “fazer junto”, pautados em relações horizontalizadas, de apoio e aprendizagem mútuos, considerando as potencialidades de cada um para encontrar o melhor caminho para o cuidado em saúde.

A EPS é entendida como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde” (Ministério da Saúde, 2014, s/p). Conforme destacam Jesus e Rodrigues (2022), a EPS privilegia o processo de trabalho para a aprendizagem e reconhece a capacidade do trabalhador em produzir novos conhecimentos, a partir das discussões, análises conjuntas e envolvimento com as adversidades vivenciadas no cotidiano de trabalho, em um processo constante de reflexão e busca de alternativas de solução.

Com base no exposto, este estudo busca responder à seguinte questão orientadora: como os pressupostos da educação permanente em saúde podem contribuir com o processo de acompanhamento e supervisão do trabalho dos ACS, pelo enfermeiro?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Elaborar um projeto de intervenção que auxilie o enfermeiro no processo de supervisão do trabalho dos ACS, tendo a Educação Permanente em Saúde como referencial teórico-metodológico.

2.2 Objetivos Específicos:

- Descrever as ações e as iniciativas que vêm sendo realizadas para o acompanhamento/supervisão dos ACS na equipe em que atuo;
- Identificar e descrever os desafios relacionados ao acompanhamento/supervisão dos ACS na equipe em que atuo;
- Propor iniciativas que contribuam para a melhoria do processo de supervisão do trabalho dos ACS.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O desenvolvimento de uma proposta de Projeto de Intervenção que aponte práticas e ações envolvidas no processo de supervisão do trabalho desenvolvido pelos ACS pauta-se na compreensão de aspectos teórico-conceituais sobre: a) o trabalho do ACS; b) o processo de supervisão de trabalhadores da saúde e c) a educação permanente em saúde.

3.1 - O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Há mais de 30 anos, o Brasil vem investindo em uma política nacional envolvendo ACS. Em 1991, foi criado oficialmente, no Brasil, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), denominado Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1992, como uma estratégia para melhorar o acesso aos cuidados essenciais de saúde nas comunidades mais carentes e afastadas, envolvendo pessoas da própria comunidade. A implantação desse programa pelo Ministério da Saúde foi resultado de uma série de experiências bem sucedidas que vinham sendo realizadas em vários lugares do Brasil. A iniciativa visava capacitar moradores locais para atuarem com informações, educação em saúde, prevenção e controle de doenças na comunidade (Giugliani, 2011).

Esse modelo foi fundamental para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família (PSF), instituído em 1994, que expandiu a proposta do PACS e aumentou sua capacidade resolutiva ao formar equipes multidisciplinares para o atendimento integral das famílias. O PSF, posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), surge no cenário brasileiro como um importante indutor de mudanças no modelo assistencial, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A busca por um novo modelo de assistência à saúde veio para substituir o modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e com foco no atendimento hospitalar que já não era suficiente para atender as necessidades e demandas de saúde das pessoas (Corbo; Morosini; Pontes, 2007).

Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, onde a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas, atuando na prevenção de doenças e promoção da saúde, com base em um novo modelo de atenção (Rosa; Labate, 2005). Essa abordagem mais abrangente, focada na territorialização, na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na continuidade das ações em saúde vem consolidando a

atenção básica como eixo central do SUS e reforçando a importância dos agentes comunitários de saúde (Corbo; Morosini; Pontes, 2007).

Conforme sinaliza Giugliani (2011), grande parte dos resultados alcançados com a ESF relaciona-se ao trabalho de profissionais não-médicos, com destaque para o ACS, o que é um dos diferenciais mais reconhecidos da estratégia, tanto nacional quanto internacionalmente. Nesse sentido, Bornstein e Stotz (2008) consideram que a função mediadora desenvolvida pelos ACS pode ter grande impacto na mudança do modelo assistencial de saúde, devido à possibilidade de valorização da educação popular como caminho de fortalecimento dessa relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, atuando por meio de uma mediação transformadora. Essa mediação não pode desconsiderar em nenhum momento que a família representa um sujeito ativo no processo de cuidado em saúde, com representações e estratégias próprias. Com isso, o trabalho do ACS implica a construção e o fortalecimento do vínculo com a família com uma dupla finalidade: aproximar o serviço de saúde do contexto domiciliar e fortalecer a capacidade da população de enfrentamento dos problemas de saúde, considerando o protagonismo da família e não disseminando o conhecimento biomédico como superior e desarticulado dos saberes sociais e culturais da família (Nunes *et. al*, 2002).

Os agentes comunitários de saúde são os trabalhadores das equipes de saúde que moram e convivem na comunidade, sendo fundamentais para a construção de vínculos entre os profissionais dos serviços de saúde e a comunidade, além de mediador (ou também tradutor) entre o saber médico e o saber popular, aproximando essa população do serviço. São também considerados mais sensíveis e aptos para reconhecer os problemas de saúde e as situações de vulnerabilidade da comunidade, informações importantes para um diagnóstico sócio sanitário (Nascimento; Correa, 2008).

Embora sua relação próxima com a comunidade seja considerada fundamental para a produção do cuidado em saúde e para uma atuação das equipes que seja mais atinente às reais necessidades da comunidade, o fato do ACS morar e trabalhar na mesma comunidade também traz implicações para sua vida e sua saúde. Jardim & Lancman, (2009) destacam que o contato direto, contínuo e ininterrupto com a população acaba por comprometer a liberdade desses trabalhadores. Além disso, esses trabalhadores estão expostos a uma sobrecarga emocional devido à própria proximidade e à relação de confiança estabelecida. Tal sobrecarga fica mais evidente quando há uma ineficiência ou baixa resolutividade do serviço de saúde frente às necessidades da comunidade. O sofrimento decorre então da constatação da impossibilidade de solucionar as questões apresentadas e do contato constante e prolongado junto a essa população, provocando consequências na operacionalização desse trabalho (Jardim; Lancman, 2009).

Daí a importância do trabalhador, junto a equipe multiprofissional, ser capaz de pensar o trabalho, elaborar e interpretar essas questões, tendo a oportunidade de buscar alternativas, criar métodos mais eficazes de trabalhos, para assim, atribuir novos significados às frustrações presentes no cotidiano. Nunes *et. al.*, (2002) destacam a importância e a necessidade de treinamentos e qualificações permanentes dos ACS, os quais devem contribuir para que esses trabalhadores compreendam os processos de saúde-doença, a dinâmica social da comunidade, a importância de seu trabalho na diminuição das iniquidades sociais, entre outros.

Desde a institucionalização do ACS no SUS, diversas atividades e práticas foram sendo incorporadas em seu escopo de atuação, tendo como marca principal, a atuação no território, próximo das famílias. Ao analisar as práticas do trabalho do ACS nas unidades básicas de saúde, Nascimento e Correa (2008) identificam, com destaque, a visita domiciliar, a participação em grupos educativos, ações de vigilância à dengue, atividade de cadastro da população e busca ativa de usuários faltosos. Para além dessas ações, os autores chamam a atenção para os vários papéis desenvolvidos por esses profissionais perante a comunidade, os quais constantemente vão além de suas atribuições oficialmente estabelecidas.

A PNAB orienta que o trabalho do ACS deve se basear nas necessidades do território, com priorização para a população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico. Para tanto, é fundamental a utilização de instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade e no registro, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, dos dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético (Ministério da Saúde, 2017). Com isso, observa-se a centralidade do trabalho do ACS para que as equipes da APS possam planejar as ações a serem desenvolvidas, em sintonia com as reais necessidades de saúde da população.

Cabe ressaltar que, para que isso seja possível, faz-se necessário que toda a equipe da atenção básica (gestores, demais profissionais) compreendam a relevância do trabalho do ACS, suas potencialidades, fragilidades e as mudanças que vem ocorrendo no processo de trabalho dessa categoria. Riquinho *et. al.*, (2018), ao analisarem o cotidiano de trabalho de ACS, identificaram algumas dificuldades, entre as quais, destacaram: precárias condições de trabalho, o desafio do trabalho na perspectiva da interprofissionalidade devido à desvalorização do trabalho do ACS por membros da equipe, a ineficiência das Redes de Atenção à Saúde (RAS), gerando limitações no acesso da população às consultas especializadas e cobranças excessivas e constantes aos ACS que estão mais próximos à comunidade. Além disso, ressaltaram a descaracterização do trabalho do ACS, na medida em que eles têm assumido novos papéis dentro das UBS, com tarefas burocráticas e “desvios de função”, diminuindo sua

disponibilidade para a realização de visitas domiciliares e de ações de educação em saúde. Os autores alertam para o impacto desse processo de descaracterização do trabalho do ACS, repercutindo na dificuldade de expansão da APS no país.

O estudo de Nogueira (2019), vem de encontro ao exposto ao analisar a precarização social do trabalho dos ACS. Somado aos fatores acima citados, os autores apontam que a baixa definição do escopo das práticas dos agentes, a forma como foram inseridos nas equipes de saúde da família, a falta e/ou pouca formação profissional e a profissionalização ainda em curso, são fatores que contribuem para o acúmulo de funções desses trabalhadores e para a precarização de seu trabalho.

Diante do exposto, é possível observar a centralidade do trabalho do ACS para que se efetive uma APS universal, de base territorial e atenta às necessidades de saúde da população. No entanto, também nota-se que há em curso um processo de modificação e descaracterização do trabalho do ACS, devendo ser objeto de discussão e reflexão pelas próprias equipes de saúde da APS, sobretudo pelos enfermeiros, os quais são historicamente responsáveis pelo acompanhamento do trabalho e, até mesmo, pela formação em serviço dos agentes de saúde.

3.2 – O trabalho de supervisão: caminhos para a atuação do enfermeiro da APS

A responsabilidade da supervisão do trabalho do ACS está descrito em algumas legislações que discorrem sobre a regulamentação da profissão do agente e sobre o funcionamento/organização da própria APS. A Lei 11.350 de 2006, que regulamenta as atividades dos ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE) em âmbito nacional, define que:

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, **sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal** (grifo nosso) (Ministério da Saúde, 2017, p.2)

O documento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017, ao discorrer sobre as atribuições do ACS e do ACE, estabelece que estes trabalhadores devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem **coordenados por profissionais de saúde de nível superior** realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde (grifo nosso). Já nas atribuições específicas dos profissionais

de nível superior, o documento explicita que cabe ao enfermeiro, ao médico e ao cirurgião-dentista, conjuntamente, planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS (Ministério da Saúde, 2017). Embora a PNAB 2017 deixa claro que atividades de planejamento e de acompanhamento do trabalho do agente de saúde podem e devem ser realizadas pelos profissionais de nível superior da equipe de saúde da família, ela torna ambígua a compreensão sobre esse trabalho compartilhado, na medida em que define somente para o enfermeiro, a atribuição específica de **supervisionar** as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS.

Embora haja essa definição de supervisão no texto da PNAB 2017, um parecer técnico sobre a subordinação técnica dos ACS e ACE emitido pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN – DF) nº 051/CTA/2022, conclui que a supervisão dos ACS e ACE pode ser realizada por qualquer profissional de nível superior, se delegado pelo gestor em que estiverem subordinados, não sendo, portanto, uma atribuição exclusiva do enfermeiro. Adicionalmente, o parecer informa que caso o enfermeiro esteja na função de supervisão direta, entende-se que deve ser exercida uma supervisão solidária, em conjunto com gestores públicos e equipe multiprofissional de nível superior, uma vez que os ACS/ACE não compõem categorias profissionais exclusivamente subordinadas ao enfermeiro (COREN-DF, 2022).

É importante ressaltar que, mesmo que a legislação aponte para o compartilhamento de atribuições como essas com outros profissionais, sabe-se que, historicamente, o enfermeiro tem assumido este papel de acompanhamento/supervisão do trabalho do ACS nas unidades básicas de saúde, desde à época do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Isso é reforçado com a atualização da PNAB 2017, ao definir a supervisão do trabalho do ACS como atribuição específica somente do enfermeiro. Nesse sentido, o texto da PNAB não contribui para que haja uma atuação compartilhada entre os profissionais de saúde de nível superior, junto ao ACS. Ademais, não explicita um conceito/uma compreensão sobre supervisão, além de não deixar claro quais seriam as atividades relacionadas ao processo de supervisão dos agentes.

Em que pesem as indefinições e a falta de clareza sobre a natureza do trabalho de supervisão a ser exercida pelo enfermeiro, na PNAB 2017, não se pode negar a relevância desse tipo de atividade no âmbito da APS. Silva e colaboradores (2022) afirmam que a supervisão realizada pelo enfermeiro no contexto do processo de trabalho das eSF consiste em ferramenta potente e propícia para mudanças das práticas da APS, com possibilidade de impactar a dimensão assistencial, gerencial e educativa do trabalho e, especialmente, de repercutir na interatividade dos trabalhadores das equipes.

Assim, considerando a relevância e a potência do trabalho do ACS e que a supervisão

de seu trabalho pode potencializar em muito os resultados da APS, é fundamental conhecer e discorrer sobre os diferentes modos e possibilidades de operacionalizar a supervisão do profissional enfermeiro, no cotidiano de trabalho das eSF.

Silva *et. al.* (2014) identificaram várias concepções relacionadas à supervisão do trabalho na saúde, entre as quais, destacaram: processo de avaliação; atividade de ensino; ferramenta de disciplinamento e/ou de identificação de problemas; uma abordagem educativa ou de controle do trabalho, além de concepções relacionadas à articulação política, de apoio, autoanálise e autogestão. No âmbito da enfermagem, os autores ressaltaram que a supervisão pelo enfermeiro pode se dar como um meio de realização do controle do trabalho de outras categorias profissionais e/ou representar um dispositivo para se refletir sobre o cotidiano de trabalho, trazendo benefícios assistenciais e organizacionais.

Marinho; Bispo Junior (2020), em seu estudo, avaliaram os mecanismos de supervisão e como eles influenciam o trabalho do ACS, e identificaram três dimensões possíveis dentro do processo de supervisão: a primeira, denominada de “controle do trabalho”, tem o intuito de monitorar o desempenho do trabalho do ACS, a partir de padrões e metas previamente definidas. A segunda, a dimensão do “apoio ao trabalho”, envolve o diálogo entre supervisores e ACS para estabelecer objetivos claros, identificar e solucionar problemas, produzindo uma supervisão colaborativa, a partir do planejamento conjunto das ações e da busca por melhores resultados. E, por fim, a terceira dimensão da supervisão como sendo uma prática educativa e de formação profissional, buscando melhorias no trabalho. Nessa conformação é necessário que ocorra reflexão crítica de supervisores e ACS sobre a prática do trabalho, a fim de identificar necessidades e possíveis caminhos, a partir da articulação entre conhecimentos teóricos e experiências cotidianas. A supervisão enquanto dispositivo pedagógico deve promover a educação permanente dos trabalhadores, que envolve as orientações cotidianas, cursos, capacitações e educação a partir da realidade vivenciada no território.

Silva, Mininel e Silva (2022) evidenciaram em seu estudo que na supervisão exercida pelo enfermeiro da estratégia Saúde da Família ainda predomina características de controle do trabalho, tanto na forma como o enfermeiro concebe a supervisão, quanto nos mecanismos utilizados para desempenhá-la. Os autores destacaram a necessidade de deslocar e aprimorar a supervisão realizada pelo enfermeiro desse lugar no qual historicamente esteve, na lógica do controle, para uma prática que propicie outras formas de se relacionar, com a necessidade de compartilhamento de responsabilidades e tomadas de decisões conjuntas, com democratização do poder no cotidiano do trabalho, construída sobretudo a partir do diálogo.

Observou-se, nos estudos identificados sobre a supervisão do trabalho do ACS pelo

enfermeiro, um predomínio da dimensão de supervisão como forma de controle do trabalho dos agentes. Embora as características desse tipo de supervisão prevaleça nos estudos, foram identificados algumas características que vão ao encontro a formas mais democráticas, acolhedoras e educativas, trazendo como benefícios, a melhora da saúde mental da equipe supervisionada, a promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis, com valorização das interações interpessoais, o estabelecimento de confiança, o fortalecimento do trabalho em equipe e o apoio aos trabalhadores, aspectos que resultam em promoção da segurança psicológica na equipe, influenciando em uma assistência mais segura (Silva *et. al.* 2014; Silva; Mininel; Silva, 2022; Marinho; Bispo Junior, 2020).

Nos estudos também foi possível identificar alguns fatores que dificultam o desenvolvimento da dimensão educativa e democrática da supervisão do trabalho pelo enfermeiro, entre os quais, estão: a falta de tempo do enfermeiro para implementar iniciativas de análise e reflexão no processo de supervisão devido à sobrecarga de trabalho; a necessidade de investimentos na formação do enfermeiro para realização desta função, a falta de valorização de modelos de atenção à saúde pautados na integralidade do cuidado e também de modelos participativos de gestão, que favoreçam a construção coletiva e ações de educação permanente em saúde no cotidiano de trabalho (Silva; Mininel; Silva, 2022). Conforme estudo de Marinho; Bispo Junior (2020), a sobrecarga de atividades e a falta de apoio institucional também influenciaram negativamente na supervisão de apoio.

Com base no exposto, e considerando a dimensão educativa/formativa da supervisão como sendo a dimensão escolhida nesse estudo para orientar a construção deste projeto de intervenção, faz-se necessário discorrer nesse estudo, sobre a Educação Permanente em Saúde.

3.3. Educação Permanente em Saúde (EPS)

Este tópico busca explorar a interseção entre a Educação Permanente em Saúde e a supervisão dos ACS pelo enfermeiro da Atenção Primária à Saúde, destacando as potencialidades da EPS para promover mudanças significativas nos processos de trabalho.

A EPS é entendida como um processo educativo que ocorre no cotidiano dos serviços de saúde, tendo como base a problematização das práticas de trabalho pelos profissionais, visando à transformação das práticas de cuidado, de gestão, de educação em saúde e de participação social. Sobre o conceito de EPS, um dos documentos publicados pelo Ministério da Saúde (MS) assinala:

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os

problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (Brasil, 2018. p. 13).

A EPS busca integrar ensino, serviço, gestão e controle social visando à transformação das práticas de saúde por meio de um aprendizado contextualizado e coletivo. A EPS difere da educação continuada tradicional, pois não se restringe à aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal, mas foca na ressignificação das práticas cotidianas, promovendo uma aprendizagem que é ao mesmo tempo técnica e reflexiva (Brasil, 2018).

A EPS, quando aplicada aos contextos de trabalho da Atenção Primária em Saúde, tem o potencial de transformar significativamente os processos de trabalho, promovendo uma maior integração entre os profissionais e uma melhoria na qualidade dos serviços prestados. Segundo Ceccim (2004), a EPS se configura como estratégia fundamental às transformações requeridas dentro do setor das políticas públicas de saúde. Considerando sua relevância como uma política de educação na saúde, no ano de 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com diretrizes para sua implementação e fortalecimento, no país. Tal Política orienta e reforça a EPS como principal estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Nessa mesma linha, o documento da Política Nacional de Atenção Básica, publicada pela Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011, apresentava uma seção específica sobre a educação permanente das equipes de atenção básica, explicitando a importância de um processo de planejamento ascendente dos processos educativos, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, pudessem ser identificados nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, com a construção de estratégias consonantes à realidade e singularidade dos territórios locais.

Com base no exposto, entende-se que a supervisão do ACS pelo enfermeiro pode ser orientada por princípios e pressupostos da EPS, com o intuito de promover uma aprendizagem colaborativa e reflexão crítica, contribuindo para a transformação das práticas de saúde e tornando-as mais adequadas às necessidades da comunidade. Nessa perspectiva, a implementação de metodologias que promovam a reflexão sobre o trabalho e o aprendizado coletivo possibilita fortalecer a atuação dos ACS e, por extensão, melhorar a qualidade do cuidado ofertado à população.

Diante do papel estratégico do ACS dentro da eSF, já discutido acima, e da necessidade de se repensar o modo de produzir saúde, com base na reorientação do modelo de atenção à saúde proposto para o país, o estudo de Queiroz *et. al.* (2014) traz a necessidade da incorporação da Educação Permanente em Saúde com vistas a superar as lacunas presentes nas capacitações ofertadas aos ACS. No estudo, utilizando a pesquisa-ação, os autores descrevem um processo de formação vivenciado com ACS no Ceará, norteados pelo referencial da Educação Popular como ferramenta pedagógica da EPS. Como potencialidades da metodologia adotada no processo formativo, citam o reconhecimento da potência do encontro, a valorização das trocas de experiências, a ampliação da análise crítica dos fatos, o sentir-se sujeito do processo de transformação da realidade, o permitir-se colocar em pauta as situações desafiadoras e a disposição em delinear propostas de luta e de enfrentamento dos desafios identificados. Assim, os autores concluem evidenciando a potência da EPS para romper com a lógica atual, tradicional e alienante, instigando maneiras refletivas e coletivas de se pensar novas maneiras de produzir saúde.

Ainda que a EPS seja considerada uma estratégia potente, com maior possibilidade de atender às demandas dos serviços de saúde e mesmo que se tenha uma política nacional implementada que oriente sua utilização como base nos processos formativos em saúde, ainda é frequente as dificuldades enfrentadas no seu processo de implantação e concretização. A título de exemplo, Barbosa *et. al.* (2012) evidenciam a dificuldade de enfermeiros da APS em promover a educação permanente em saúde nos encontros com os ACS. Conforme trazido pelos autores, os enfermeiros demonstraram desconhecimento da política de EPS e conduziam suas atividades de supervisão e capacitação sem se preocupar com o embasamento em um referencial teórico. Desse modo, realizam as atividades de educação dos ACS fundamentadas pelo ensino tradicional, com metodologias verticalizadas, enfocando a hierarquização da equipe e sem promover ou possibilitar a construção coletiva de novos saberes a partir da valorização do conhecimento e das experiências de cada um. Ainda de acordo com os autores, para que o enfermeiro possa assumir o papel de facilitador da aprendizagem, deixando de lado as metodologias tradicionais com transmissão de saberes como absolutos, é necessário que esse profissional se instrumentalize de ferramentas e metodologias que proporcione a estruturação e a construção da aprendizagem, de forma planejada e coletiva. Como possibilidade de implementar a EPS no cotidiano do trabalho, os autores relatam que é preciso dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las de forma concreta e alinhada com o trabalho da equipe, permitindo a construção de novos modos de fazer e de cuidar (Barbosa *et. al.*, 2012).

Com base no exposto, é possível dizer que a supervisão do ACS pelo enfermeiro pode

ser enriquecida com a aplicação de metodologias de EPS que promovam a aprendizagem colaborativa e a reflexão crítica. Para isso, é necessário que os enfermeiros tenham conhecimento e formação para assumir esse papel de facilitador da EPS, papel esse que demanda uma multiplicidade de conhecimentos e que faz parte da evolução em torno da discussão do processo educacional em saúde (Barbosa *et. al.*, 2012).

4. CONTEXTUALIZAÇÃO E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta deste projeto parte da necessidade de aprimorar o acompanhamento do trabalho realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde na UBS em que atuo. A supervisão regular das ACS é essencial para garantir a qualidade da atenção prestada à comunidade e para oferecer suporte às agentes em suas funções diárias.

4.1. Breve caracterização do local de estudo: serviços de saúde do SUS no município

Itabira é um município situado no estado de Minas Gerais, com uma área territorial de 1.253,704 km² e aproximadamente 113.343 habitantes (IBGE, 2022). Sua rede pública de serviços de saúde é composta por 25 unidades básicas de saúde, um hospital municipal com maternidade, um pronto socorro municipal, três Centros de Atendimento Psicossocial – sendo um adulto, um infanto-juvenil e um de referência para álcool e drogas, uma policlínica municipal, um centro de reabilitação, um centro estadual de atenção especializada (CEAE), uma farmácia de Minas e outras farmácias em algumas UBS, um pronto socorro odontológico (PSO), um centro de especialidades odontológico (CEO) e o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Segundo informações do Ministério da Saúde, Itabira possui 32 equipes de saúde da família financiadas, com uma cobertura de 100% da população pelas equipes e seis equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), anteriormente chamadas de Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF).

A UBS na qual faço parte possui 02 equipes de Saúde da Família. A equipe de SF que trabalho é composta por um médico, uma enfermeira, quatro ACS (sendo que uma delas está com o trabalho restrito ao ambiente interno da UBS por problemas de saúde), dois auxiliares de enfermagem e três auxiliares técnico-administrativos que trabalham 06 horas por dia, sendo dois no período da manhã e um no período da tarde. Contamos ainda com o apoio de uma equipe de Saúde Bucal que pertence a outra eSF (um dentista e um auxiliar de saúde bucal), que trabalham quarenta horas semanais e se organizam para atender a população de abrangência das duas equipes de saúde da família da UBS. Além disso, contamos com uma eMulti composta por psicólogo, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga que divide suas atribuições de apoio entre seis eSF. A UBS ainda possui um gerente, um vigilante e um auxiliar de serviços gerais para as duas equipes de saúde da família que a compõem.

4.2. Atividades de acompanhamento e de supervisão que realizo junto aos ACS

Atualmente, a minha equipe conta com quatro ACS, mulheres, com idade entre 30 a 45 anos, com atuação de tempo médio na UBS de 08 anos (variando de 2 a 16 anos). Conforme disposto na PNAB 2017, as quatro agentes realizam carga horária de 40 horas semanais e cada ACS deve ser responsável por acompanhar uma microárea, com número máximo de 750 pessoas. A área de atuação da equipe em que atuo está dividida em cinco microáreas, estando, portanto, uma microárea descoberta por ACS. A tabela abaixo demonstra os dados relativos à divisão do território de abrangência da equipe de saúde da família em que atuo, conforme sistema Vivver (Julho/2024).

Tabela 01: Número de usuários cadastrados, domicílios cadastrados e total de domicílios reais por micro área, conforme sistema Vivver.

Micro-área	Nº de usuários cadastrados	Nº de domicílio cadastrados	Nº total de domicílios reais
01*	437	158	292
02	613	234	371
03	677	277	360
04	549	217	354

*Dados incompletos devido ACS realizar trabalho interno na UBS, estando impossibilitada de realizar visitas domiciliares na área.

Fonte: Elaborado pela autora

Importante destacar que os dados relacionados à população são incompletos, dado que temos uma microárea descoberta. Além disso, é importante contextualizar que uma das quatro ACS está com limitação de atuação no território, ficando com o trabalho mais restrito na UBS, por problemas de saúde, não sendo possível estabelecer os dados reais da área no momento. A interlocução dessa agente de saúde com as famílias tem sido feita basicamente por meio de contatos telefônicos ou presencialmente dentro da unidade. Assim, nota-se que há vazios de atuação junto ao território, com prejuízos na manutenção de informações atualizadas sobre a situação de saúde dos usuários e das famílias. Além disso, percebe-se uma sobrecarga das ACS. As ACS da equipe sem restrição de realização das Visitas Domiciliares (VD) estão sobrecarregadas por terem que realizar alguns trabalhos na microárea descoberta e também algumas atividades de suporte à área da ACS com restrição de realizar VD, entre os quais,

podemos destacar: o acompanhamento de outros profissionais da saúde em visitas domiciliares, o acompanhamento domiciliar de usuários e famílias com necessidades especiais, entre outros. Além disso, a ACS que fica na unidade acaba por assumir o acompanhamento remoto da microárea descoberta, realizando cadastros de usuários dentro da UBS, comunicação telefônica em casos de marcações de consultas e exames quando necessário e também algumas outras funções, como dar apoio à recepção caso equipe esteja desfalcada.

Este panorama inicial, por si só, evidencia o desafio do trabalho de base territorial dessa equipe de SF e ainda, o desafio de realizar a supervisão das ACS. O déficit de agente para realizar as ações necessárias junto à população de abrangência se soma à sobrecarga de atividades das ACS que se rearranjam na tentativa de cobrir os vazios presentes na equipe.

Desde minha incorporação na equipe de SF, há quase um ano, o acompanhamento do trabalho das ACS tem se dado de forma gradativa e diversificada, buscando integrar momentos formais e informais de supervisão. Logo quando cheguei na UBS, busquei observar e conhecer a dinâmica das ACS e como elas organizavam seu trabalho, visto que esse processo se diferencia bastante de uma equipe para outra. Nesse período, após um exercício reflexivo, consegui identificar momentos e estratégias que utilizo e que me possibilitam realizar o acompanhamento e a supervisão do trabalho das ACS. São eles: a) reuniões de acompanhamento individual; b) reuniões entre os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família; c) reuniões entre eSF e outras equipes de saúde; d) reuniões de planejamento de ações de promoção e prevenção e e) apoio às ACS na condução de determinadas atividades. É importante assinalar que realizei algumas tentativas de implantar reuniões semanais com as ACS de minha equipe. No entanto, pelo atual contexto de trabalho já mencionado, foi inviável estabelecer a regularidade desses encontros, tendo sido realizado, até o momento, somente duas reuniões entre mim e as ACS da equipe de SF em que atuo.

No período em questão, ocorreram algumas reuniões de acompanhamento individual das ACS, sobretudo quando eu identificava dificuldades de alguma das agentes de saúde que se destoava das demais colegas, como por exemplo, número baixo de visitas domiciliares lançadas ou a não realização de alguma ação de acompanhamento no prazo estabelecido, sem que fosse apresentada alguma justificativa. Nesses encontros de acompanhamento individual, busquei conhecer o contexto do trabalho da agente, escutar, avaliar se havia algo no trabalho ou até mesmo fora dele que, naquele momento, estava influenciando o andamento das atividades. Ao longo das reuniões, foi possível identificar, de forma conjunta com a ACS, os pontos que precisavam ser aprimorados para a resolução da situação, bem como identificar ações alternativas a serem desenvolvidas. Além das reuniões individuais requeridas por mim às

ACS, frequentemente elas me procuram, quando estão na UBS, para tirar dúvidas, discutir casos ou informar sobre alguma situação em acompanhamento.

Em relação às reuniões de equipe, elas são realizadas quinzenalmente (visto que são intercaladas com outras reuniões multiprofissionais) e incluem a participação de toda a equipe da UBS, incluindo médico, equipe de enfermagem, gerente, equipe de saúde bucal, auxiliar técnico administrativo e as ACS. A gerente é a responsável pela coordenação e a condução desses encontros, que iniciam com a pauta e a comunicação de informações que vem da secretaria municipal de saúde, a partir da reunião de gerentes. De forma geral, as reuniões de equipe possuem dois momentos: o primeiro momento segue um formato de transmissão de informações, com pouco espaço para questionamentos de questões que já vem pré-estabelecidas. O segundo momento caracteriza-se por um momento que permite trocas de informações entre os profissionais, com discussão das principais demandas do território, dos casos considerados mais críticos e com a possibilidade de planejamento de algumas ações conjuntas.

Outro momento de encontro para discussão de questões do trabalho desenvolvido na UBS é a reunião entre profissionais da eSF e os profissionais da eMulti. Tais reuniões, também chamadas de reuniões de discussão de casos, acontecem mensalmente e contam com a presença de profissionais de diferentes áreas, como psicólogo, assistente social e nutricionista. Destaca-se que nem sempre estão presentes todos os profissionais da e-multi nas discussões de casos, devido à carga horária de trabalho variada entre os profissionais. A reunião é iniciada com a apresentação dos casos que foram identificados pela eSF ou que possuem um encaminhamento (de médicos da equipe ou especialistas da rede, por exemplo) ou também que foram solicitados diretamente por algum usuário às ACS. Quem faz essas apresentações, geralmente, são as ACS, guiadas pelo impresso do Projeto Terapêutico Singular (PTS), contextualizando com outros dados sociais, familiares e individuais que julgam ser interessantes ou que são questionados pela equipe e-multi; os demais profissionais da eSF vão acrescentando informações que consideram ser relevantes. Após a apresentação do “caso/demanda” e do contexto, os participantes da reunião conversam e priorizam alguns casos que já são prontamente agendados para abordagem de determinados profissionais. Em uma segunda parte da reunião, após discutir e planejar as ações dos casos trazidos pela eSF, os profissionais da e-multi fornecem os retornos de atendimentos que foram anteriormente discutidos, agendados e realizados, devolvendo o PTS, por meio da contra-referência. Os profissionais informam as condutas tomadas e a equipe discute se são necessárias novas ações. Como pode ser observado, as ACS possuem uma participação ativa na identificação de casos que necessitam de intervenções conjuntas e

interdisciplinares, na apresentação e na contextualização desses casos junto aos demais profissionais das equipes. As reuniões de matriciamento, realizadas com a equipe de serviços de saúde mental, seguem o mesmo formato. No entanto, tal dispositivo foi instituído no município muito recentemente e ainda não há uma regularidade definida para o encontro entre as equipes.

Uma outra frente de atuação da equipe de SF da UBS em que atuo e que tenho buscado fomentar a participação das ACS são as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças. Desde minha chegada à equipe, tenho manifestado junto aos outros profissionais a importância do desenvolvimento das ações educativas. Com isso, quando é possível, nos reunimos (ACS e eu) após alguma das reuniões acima mencionadas ou no final da tarde de trabalho, para planejamento e proposição de atividades educativas a serem realizadas na sala de espera e/ou por meio da divulgação de informações em saúde na rede social (exemplo: orientações sobre prevenção do câncer de colo de útero, orientações sobre a importância da vacinação, etc). As ACS também realizam ações de incentivo à participação da comunidade ao grupo de *Lian Gong* conduzido pelo psicólogo da equipe multiprofissional. Sobre as ações de promoção da saúde, cabe destacar a iniciativa das ACS de retomarem o grupo de artesanato que havia sido interrompido no período da pandemia. Após conversas e troca de ideias, as ACS convidaram as mulheres da comunidade para participarem do grupo. O grupo se reúne uma vez por mês e é conduzido e organizado pelas próprias ACS, com meu apoio. É perceptível, sobretudo nos últimos meses, como as ACS estão ativas e motivadas a trabalharem nessa área de atuação.

Outra forma de acompanhar o trabalho realizado pelas agentes de minha equipe é por meio da planilha de registro da produção mensal de cada ACS. Essa planilha foi elaborada pela gestão da APS, adaptada após algumas reivindicações dos enfermeiros e padronizada para todas as eSF do município. Na planilha, são registradas informações como: o número de pessoas e de domicílios cadastrados; o número de visitas realizadas; o quantitativo de crianças menores de 5 anos, de portadores de neoplasias, de gestantes, de hipertensos, de diabéticos, de acamados, dos domiciliados e dos portadores de sofrimento mental e o número de visitas realizadas a cada um desses públicos, durante o mês. Na planilha, também deve ser registrado o número de visitas domiciliares realizadas sem sucesso, o número de crianças com vacinas atrasadas, o número de mulheres visitadas entre 25 a 64 anos sem preventivo há mais de três anos, etc. No fechamento mensal da produção das ACS, os dados de cada microárea são consolidados por mim e encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Destaca-se que, por meio desse registro, consigo ter uma dimensão das visitas e do acompanhamento de populações específicas em cada

uma das microáreas. No entanto, não temos tido a oportunidade de analisar e discutir esses dados conjuntamente com as ACS.

Para manter uma comunicação constante e rápida com as ACS, utilizo também outros meios de orientação e supervisão mais informais, como bilhetes deixados nos prontuários e mensagens no celular lembrando de alguma pendência, solicitando alguma atualização de cadastro, ou auxílio para informar ao usuário sobre o agendamento de consulta. Esse formato tem sido eficaz para ajustes pontuais e orientações mais urgentes sobre procedimentos ou condutas a serem adotadas.

Após a identificação e a percepção desses momentos com possibilidade de supervisão do trabalho do ACS, é necessário repensar as estratégias e modos de trabalho de forma a otimizar e melhorar a qualidade dessa supervisão, sobretudo, considerando os princípios da educação permanente em saúde.

4.3. Desafios identificados no processo de supervisão/acompanhamento do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde

Os desafios relacionados à supervisão/acompanhamento do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde são diversos e complexos. A sobrecarga de trabalho da equipe é um dos principais fatores, especialmente em contextos em que temos: microárea descoberta; uma ou mais ACS em desvio de função ou ausente por férias ou licença pra tratamento de saúde, aumentando a demanda de trabalho sobre as demais; desfalque constante de funcionários na recepção, devido à carga horária de trabalho insuficiente para atender às demandas da UBS, afastamento por questões pessoais e/ou o despreparo técnico para o trabalho na recepção; a enfermeira com demandas provenientes da equipe de enfermagem e da equipe de ACS, com impressos obrigatórios mensais de acompanhamento de sala de vacina, atividades constantes que são inseridas e cobradas do enfermeiro, além de demanda crescente de atendimentos na unidade.

Conforme Marinho *et. al.* (2024) a crescente incidência de esgotamento profissional entre os trabalhadores da APS vem se tornando uma preocupação crítica, não apenas pelo impacto na saúde individual dos profissionais, mas também pelas implicações na qualidade do cuidado oferecido à população. A APS, como porta de entrada para o SUS, desempenha um papel essencial ao englobar atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de diversas condições de saúde. No entanto, a complexidade das demandas desse ambiente, aliada ao grande volume de pacientes e à diversidade de responsabilidades que os profissionais

assumem, como a gestão de casos e as ações de promoção da saúde, resulta em uma sobrecarga significativa. Médicos, enfermeiros, agentes comunitários e outros membros das equipes frequentemente enfrentam longas jornadas de trabalho, com pressão para atender um alto número de pacientes e cumprir metas. Esse cenário contribui para o esgotamento profissional, afetando não só o bem-estar dos trabalhadores, mas também a eficiência e a qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Para além dessas questões relacionadas ao déficit de pessoal e à organização do serviço na UBS, a equipe de saúde em que atuo hoje sofre as consequências da epidemia de dengue, na qual o atendimento principal ficou a cargo da atenção primária. No período da epidemia, houve uma priorização dos atendimentos dos casos de dengue, suspendendo muitos dos atendimentos de acompanhamento de usuários com condições crônicas, o que gerou um acúmulo de demanda e também insatisfações dos profissionais e de usuários.

Outras questões que atravessam o trabalho da APS e impactam negativamente no planejamento de ações são algumas iniciativas da gestão sem que haja um planejamento/conversa prévia com as próprias equipes da UBS que serão envolvidas na execução. Um exemplo sobre esta situação, foi a realização de mutirão para a realização de exames laboratoriais com demanda reprimida sem se preocupar e planejar como se dariam as avaliações desses exames junto às eSF. Tal iniciativa gera uma grande demanda na equipe de realização de consulta para avaliação e devolutiva dos resultados dos exames. Iniciativas como essas pensadas de forma centralizada na SMS, ou seja, sem a participação de profissionais da APS, prejudicam o desenvolvimento de um trabalho que esteja mais sintonizado com as especificidades das equipes e com as necessidades das próprias comunidades atendidas. Essa abordagem limita a autonomia das eSF e dificulta a adaptação das práticas às realidades locais, o que compromete a capacidade das ACS e da equipe de implementar soluções que sejam mais eficazes para o território e, acima de tudo, causa transtornos, insatisfações, receios e desmotivação aos trabalhadores.

Pires *et. al.* (2019) trazem em seu estudo que a gestão da APS é desafiadora devido à sua complexidade, resultado tanto das especificidades do setor de saúde quanto da própria atenção primária. Conforme os dados do estudo que analisou dados nacionais e internacionais sobre gestão na APS, o modelo tradicional de gestão, baseado em relações hierárquicas e burocráticas, ainda é predominante, o que pode limitar a flexibilidade e a eficiência no atendimento às necessidades de saúde da população. Sobre a temática, Carvalho *et. al.* (2016) apontam que as iniciativas verticalizadas da gestão municipal impactam negativamente o trabalho da Atenção Primária à Saúde, restringindo a participação dos profissionais e usuários

na construção de um sistema de saúde mais eficiente. Embora leis e normas tenham sido criadas para promover uma gestão mais dinâmica e participativa, alguns modelos de administração ainda constituem grandes obstáculos. A falta de diálogo entre os diferentes níveis de poder impede a implantação plena da gestão participativa, dificultando a autonomia dos trabalhadores e a multidisciplinaridade das equipes. No entanto, diversas experiências exitosas mostram que, ao articular os interesses dos profissionais e usuários, considerando as particularidades regionais, é possível alcançar uma gestão mais eficaz e um atendimento de maior qualidade.

A dificuldade de acesso a alguns especialistas na rede também tem sido um obstáculo frequente, na medida em que, a dificuldade de acesso prolonga o tempo de espera e sobrecarrega ainda mais as equipes locais, que precisam gerenciar demandas complexas sem o suporte adequado da rede de saúde especializada e lidar com as cobranças e responsabilidades dessa falta de suporte. Essa dificuldade relacionada a estruturação do serviço e à inoperância do SUS em não conseguir atender a demanda existente também foi levantada no estudo de Jardim e Lancman (2009), gerando falta de credibilidade na equipe de saúde por parte dos usuários.

A grande rotatividade de profissionais nas equipes e na gerência da UBS em que atuo também dificulta a continuidade das ações e o estabelecimento de um fluxo de trabalho que seja mais estável e sustentável. Além disso, a situação de adoecimento de trabalhadores, a exemplo de um dos funcionários da recepção com afastamento por motivos de saúde, tem gerado necessidade de apoio de uma ACS para realização do atendimento na recepção. Tal realidade tem sido bastante registrada na literatura técnico-científica. De acordo com Giovani e Vieira (2013), a rotatividade de profissionais na ESF é um dos principais desafios para a efetividade do modelo. A troca constante de profissionais prejudica a continuidade do cuidado, afetando a qualidade da assistência e o vínculo entre os trabalhadores e a comunidade, fator essencial para o sucesso do programa. Para enfrentar esse problema, as autoras relatam que é fundamental adotar medidas que valorizem os profissionais, oferecendo condições adequadas de trabalho e promovendo sua participação ativa nos processos de cuidado. Além disso, é necessário investir na formação contínua e na qualificação permanente dos trabalhadores, fortalecendo seus vínculos com o sistema de saúde. Em relação à rotatividade na gestão, Nicolau, Faria e Palos (2013) abordam que compromete a problematização dos desafios e o acompanhamento dos resultados alcançados, afetando a melhoria contínua dos serviços e o atendimento eficaz das necessidades de saúde da população de forma territorializada e oportuna.

A falta de uma estrutura clara, linear e sistematizada para a elaboração e condução dos fluxos de trabalho da UBS é outro obstáculo observado, gerando variações nas abordagens,

mudanças constantes de fluxos e a falta de credibilidade da equipe, o que afeta diretamente as ACS que recebem a maior parte das insatisfações expressas pelos usuários. Todos esses fatores, combinados, impactam a qualidade do serviço ofertado pela eSF e prejudicam a supervisão e a capacidade de garantir que as ACS desempenhem suas funções de maneira eficaz e alinhadas com as necessidades de saúde da população.

4.4 Plano de Intervenção

É possível observar que muitos dos desafios acima mencionados extrapolam a capacidade de resolução das equipes atuantes na UBS e envolvem a gestão municipal. Sobre esses desafios relacionados à gestão municipal, do ponto de vista da EPS, um dos caminhos seria a sensibilização e o envolvimento da gerência da UBS sobre tais questões para que sejam, posteriormente, discutidas junto à gestão municipal. Neste sentido, é importante mencionar que o plano de intervenção proposto neste trabalho terá como recorte as ações que podem ser encaminhadas por mim e/ou com o envolvimento dos demais profissionais da equipe em que atuo, com vistas à reorganização de processos de trabalho e à definição de novas estratégias para a melhoria das condições de trabalho das equipes desta UBS e também do cuidado ofertado à saúde da população de abrangência.

Quadro 1: Proposta de ações/atividades para aprimorar o acompanhamento do processo de supervisão do trabalho das ACS

Ação	Atores envolvidos	Instrumento/ metodologia	Cronograma
Apresentar e discutir junto à gerente da UBS, os desafios encontrados para o acompanhamento/supervisão dos ACS, bem como sobre a necessidade de incluir ACS para atuar nas áreas descobertas.	Enfermeira e Gerente	- Agendar data e horário para apresentação da proposta; - Exposição dialogada da contextualização e da proposta de plano de ação, com auxílio de apresentação de power	Iniciado

		point e duração aproximada de 2 horas.	
Discutir junto à equipe em que atuo sobre minha preocupação em relação à supervisão dos ACS, os desafios encontrados e as possíveis contribuições da EPS para aprimoramento dos processos de trabalho na UBS	Equipe de Saúde da Família e gerente da UBS	- Agendar data de reunião de equipe, junto à gerente da UBS; - Exposição dialogada sobre os desafios que tenho enfrentado para a supervisão e o acompanhamento dos ACS; - Elaborar algumas perguntas disparadoras das discussões, com o intuito de ouvir das agentes e dos profissionais das equipes sobre como podemos realizar um trabalho mais compartilhado. - Ouvir e anotar as sugestões e as percepções da equipe.	Novembro/2024

Implementar reuniões quinzenais fixas entre enfermeira e ACS	Enfermeira e Agentes Comunitárias de Saúde	- Estabelecer espaço protegido para encontro com as ACS, com o intuito de dialogar sobre o trabalho e suas questões; - Aproveitar a implementação do espaço protegido para realizar o fechamento de produção da equipe de forma coletiva, ou seja, junto com as ACS. Até então, tenho realizado isso individualmente, sem a participação das agentes. - Realizar, junto às ACS, levantamento de demanda para o desenvolvimento e a proposição de ações educativas, a partir da percepção e atuação delas junto à comunidade. - Construir e adaptar, em diálogo com as ACS, instrumentos de	Novembro/2024
--	--	---	---------------

		monitoramento de questões sensíveis identificadas no território e durante as visitas domiciliares realizadas.	
Utilizar as reuniões de equipe e com outras equipes de saúde para promover a capacitação constante das ACS e de toda equipe trazendo os princípios metodológicos da educação permanente, em parceria com outros profissionais participantes das reuniões.	Equipe de Saúde da Família e Equipes multiprofissionais	- Promover, constantemente, a capacitação da equipe a partir de temas levantados em conjunto, nas reuniões de equipes;	Janeiro/2025
Utilizar de reuniões individuais, com agendamento de retorno para avaliação das ações levantadas e pactuadas para: - Elaborar, junto a ACS que fica restrita a unidade, um planejamento/cronograma de trabalho diferenciado que contemple ações possíveis de acompanhamento, cadastro, promoção e prevenção da sua microárea e da microárea descoberta,	Enfermeira e Agente Comunitária de Saúde	- Realizar reuniões mensais com a ACS que se encontra com o trabalho restrito ao ambiente interno da UBS para apoio, organização da rotina de trabalho e avaliação conjunta dos dados e resultados obtidos; -Realizar reuniões individuais com as ACS conforme necessidade, agendando novo	Dezembro/2024

utilizando tecnologias disponíveis. -Acompanhar individualmente a ACS que vem tendo dificuldades de desenvolver as atividades em conformidade com o preconizado e o realizado pelo grupo.		encontro em 30 dias para avaliação e adaptação acordadas.	
Manter o planejamento e registro do grupo de artesanato sob a responsabilidade das ACS, fornecendo apoio e participação no grupo.	Enfermeira e Agentes Comunitárias de Saúde	- Acompanhar e auxiliar no planejamento do grupo de artesanato em reunião quinzenal com ACS; - Abordar em reunião eSF o planejamento acordado e solicitar auxílio, quando necessário, considerando as sugestões para aprimoramento.	Novembro/2024
Pensar, coletivamente, novas possibilidades de ações/grupos coletivamente, conforme necessidade do território, dando destaque a	Equipe de Saúde da Família e Equipe multiprofissional	- Dicutir assunto em reunião quinzenal com ACS; - Instigar o desenvolvimento das ideias e a parceria com os demais profissionais	Novembro/2024

participação e condução dessas ações pelas ACS.		em reuniões de equipes; - Manter cronograma de sala de espera a ser pactuado com a equipe, com revezamento na condução dos profissionais, incluindo as ACS.	
---	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora

A supervisão do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde pelo enfermeiro é um processo que deve se pautar nos princípios da Educação Permanente em Saúde, buscando promover a reflexão crítica e a construção coletiva de práticas de cuidado mais qualificadas e humanizadas. A partir das discussões realizadas em conjunto com as ACS, a gerente e os demais profissionais da equipe de saúde, outras ações poderão ser desdobradas, contribuindo para o aprimoramento contínuo dos serviços prestados à comunidade. Esse processo colaborativo visa fortalecer a integração entre os diferentes atores envolvidos, promovendo a corresponsabilidade e o desenvolvimento profissional, com impacto direto na qualidade da atenção à saúde.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Hoje, a partir da reflexão realizada ao longo da elaboração desse projeto, percebo diversas formas e atividades possíveis de serem classificadas e consideradas como sendo de supervisão. Anteriormente, havia em mim uma inquietação e uma angústia por não perceber que de algum modo, havia um acompanhamento e um processo de supervisão das agentes, mesmo em formatos mais informais.

Em que pesem as dificuldades vivenciadas, o estreitamento da relação enfermeiro-agente comunitário de saúde possui grande potencial para o desenvolvimento de ações mais atinentes às necessidades da comunidade. Nessa relação, há de se destacar a habilidade do enfermeiro em realizar uma supervisão eficaz, que contemple diversos aspectos, entre eles, o conhecimento mais profundo do papel do ACS na APS e o estabelecimento de uma relação com esses profissionais, pautada nos princípios da EPS, para que todos os envolvidos tenham espaço e estímulo para se posicionar e contribuir com o desenvolvimento de um trabalho em saúde mais coletivo.

Assim, acredita-se que identificar os momentos possíveis de se realizar a supervisão do ACS e aproveitá-los da melhor forma, contruir instrumentos adequados para guiar o cuidado e o acompanhamento da população adscrita no território da equipe, construir um relacionamento efetivo e horizontal entre enfermeira e ACS, e aproveitar os momentos com a equipe multidisciplinar para discutir, analisar e (re)pensar caminhos e novas possibilidades de trabalho, são passos essenciais para garantir o cuidado mais apropriado e condizente com as demandas do território, a partir dos preceitos da APS.

Espera-se com esse trabalho aprimorar o processo de supervisão do trabalho do ACS e, com isso, desenvolver processos de trabalhos que elevem o potencial dessa equipe de saúde da família.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, V. B. A.; FERREIRA, M. DE L. S. M.; BARBOSA, P. M. K.. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 33, n.1,p. 560-63, mar. 2012.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 457–480, 2008.

BRASIL. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006, Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11350-5-outubro-2006-545707-publicacaooriginal-58977-pl.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p. : il.

CARVALHO, J. B. L. et. al. Gestão participativa e a interface com trabalhadores do sistema único de saúde: uma revisão integrativa. *RBEPT*, Vol. 2, N. 11 (2016).

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?lang=pt>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. Parecer técnico Coren-DF Nº 051/CTA/2022. Disponível em: <https://coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2022/11/ptss512022.pdf>

CORBO, A. D'A.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. de M.. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M.V.G. C.; CORBO, A.D'A (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 69-106.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 30 ed. São Paulo: **Paz e Terra**, 2004 (Coleção leitura).

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, Dez., 2013 [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278.

GIUGLIANI, C. Agentes comunitários de saúde : efetividade no Brasil e processo de implantação em Angola / Camila Giugliani ; orient. Bruce Bartholow Duncan ; coorient. Erno Harzheim. – 2011. 243 f. : il. color. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/117125/000772081.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

JARDIM, T. DE A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 123–135, jan. 2009.

JESUS, J. M.; RODRIGUES, W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e001312201. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs1312>.

MARINHO, J. S. et. al. Esgotamento profissional (Burnout) entre profissionais da atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v.17, n.2, p. 01-20, 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no. 278 de 27 de fevereiro de 2014. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

NENES, M. DE O. et al.. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1639–1646, nov. 2002.

NICOLAU, K.; FARIA, B.; PALOS, C. A atenção básica na perspectiva de gestores públicos do sistema único de saúde: estudo qualitativo. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 30, n. 4 , e210085. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210085>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021210085>.

PIRES, D. E. P.; VANDRESEN, L.; MACHADO, F.; MACHADO, R. R.; AMADIGI, F. R. Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto Contexto Enferm [Internet]**. 2019

QUEIROZ, D. M.; SILVA, M. R. F. DA .; OLIVEIRA, L. C. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteadas pelo referencial da Educação Popular e Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1199–1210, 2014.

ROSA, W. DE A. G.; LABATE, R. C.. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, nov. 2005.

SILVA, I.S.; MININEL, V. A.; SILVA, J. A. M. A supervisão exercida pelo enfermeiro: interfaces com as relações de poder na saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**. 2022;56:e20220034. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0034en>.