

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**INSTRUÇÃO NORMATIVA APS 001/2025
CADASTRO E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO
DE SAÚDE**

FAZENDA RIO GRANDE

2025

ELABORAÇÃO:

Marcilene de Paula
Coordenação de Monitoramento, Controle e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

VALIDAÇÃO:

Monique Costa Budk
Secretária Municipal de Saúde

Paulo Henrique Peixoto
Coordenação da Atenção Primária à Saúde

Nina Souza
Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em Fazenda Rio Grande, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em 2001 e configura o modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde (APS). A Lei Municipal Complementar nº 46/2011 criou o emprego público de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate a Endemia na estrutura administrativa do Poder Executivo Municipal.

A Estratégia Saúde da Família é formada por equipes de Saúde da Família (eSF), nas quais o agente comunitário de saúde (ACS) é um dos integrantes e possui função primordial para integração entre o serviço de saúde e a comunidade.

Quanto à composição das equipes, segundo a Portaria 2436/2017 (PNAB), cada equipe da Estratégia Saúde da Família deve ser composta por: 01 médico, 01 Enfermeiro, 01 Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e 01 Agente Comunitário de Saúde. Quanto ao acompanhamento das famílias, em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Dentre suas funções, uma parte importante é o cadastramento das famílias do território e acompanhamento das famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, dentro do limite recomendado pelo Ministério da Saúde.

A Portaria GM/MS nº 3493 de 10/04/2024, que trata da nova metodologia de financiamento da Atenção Primária à Saúde, traz recomendações quanto aos públicos prioritários para cadastro e acompanhamento:

"Seção II Do componente de vínculo e acompanhamento territorial para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária" (NR) "Art. 10.

O componente de vínculo e acompanhamento territorial visa a estimular a qualificação do cadastro, a reorganização da atenção primária no território e a melhoria do atendimento à população.

Art. 10- A. Para o cálculo do componente de vínculo e acompanhamento territorial será considerada a população vinculada à eSF ou eAP, observados os seguintes critérios:

I - características de vulnerabilidade socioeconômica que contemplam pessoas beneficiárias do Programa Bolsa Família - PBF ou do Benefício de Prestação Continuada - BPC;

II - características demográficas que contemplam pessoas com idade até cinco anos e com sessenta anos ou mais;

III - qualificação das informações cadastrais, caracterizada pela completude e atualização dos registros no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - Sisab da população;

IV - população atendida ou acompanhada pelas eSF, eAP, eSB e eMulti; e

V - satisfação das pessoas atendidas ou acompanhadas pelas eSF, eAP, eSB e eMulti.

§ 1º Para fins desta Seção compreende-se por população atendida ou acompanhada as pessoas que receberam atendimento individual ou coletivo, visita domiciliar ou procedimento, registrados no Sisab por eSF, eAP, eSB e eMulti."

Quanto ao cadastramento e acompanhamento das famílias do município de Fazenda Rio Grande, realizou-se um levantamento das visitas domiciliares dos dois anos imediatamente anteriores à pandemia COVID-19 (2019 e 2018) e os dois últimos anos (2024 e 2023) para fins de obtenção de série histórica e comparação de resultados entre as Unidades de Saúde obtendo os seguintes resultados:

Quadro 1: Média mensal de visitas domiciliares do ACS, 2018, 2019, 2023, 2024

	MÉDIA MENSAL UBS	MÉDIA DIÁRIA UBS	MÉDIA DIÁRIA POR ACS*
2018	8423	421	5
2019	6610	331	4
2023	6016	301	3
2024	5059	253	3

*nº de ACS verificado no sistema CNES na competência 12 de cada ano.

Fonte: e-SUS

Quadro 2: Número de visitas domiciliares do ACS, 2018, 2019, 2023, 2024

Unidade	2018	2019	2023	2024
1	0	123	389	259
2	7	322	572	389
3	1686	1769	902	778
4	1578	617	884	564
5	420	582	227	216
6	287	319	642	345
7	614	210	165	105
8	1476	687	451	323
9	7	43	210	192
10	826	413	544	332
11	0	0	502	321
12	571	216	22	85
13	1716	1910	1053	1148

Nota: Unidade 1 inaugurada em 2018 e Unidade 11 inaugurada em 2019.

Fonte: e-SUS

Observamos que ocorreu queda geral do desempenho de 2018 para 2024. A unidade com maior queda de desempenho foi a Unidade 8 com uma redução de quase 70%. A Unidade 4 apresentou redução de aproximadamente 65%. A Unidade 3 mostrou uma queda de 54%.

O desempenho geral dos ACS diminuiu ao longo dos anos, especialmente após 2019. Algumas unidades perderam muito desempenho (Unidade 8, 3 e 4), enquanto outras tiveram uma estabilidade ou leve recuperação. Observa-se uma queda brusca em 2023 e 2024, que pode estar relacionada à mudança de sistemas de informação ocorrida no mês de julho/2024, no entanto, já se observava queda de rendimento desde 2018, período em que não houve alteração de sistema de informação.

Em razão do exposto e considerando a necessidade de normatizar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde no município, fixar parâmetros para acompanhamento e resgatar níveis adequados de produtividade, entendendo-se que aferição de produção faz parte das atividades de avaliação e monitoramento da Estratégia Saúde da Família, publica-se a presente normativa. Esperamos que este documento oriente o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde deste município, auxiliando a caminhar em direção a processos de trabalho bem organizados que se refletem em melhor atendimento à população usuários dos nossos serviços.

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO ACS

É de suma importância que o ACS conheça todas as atribuições específicas que estão normatizadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2017 e suas alterações e Lei Municipal Complementar nº 46 de 04/11/2011, para que desempenhe suas atividades seguindo os preceitos éticos e legais.

Descrição das Funções do ACS:

Realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal; atualização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;

promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;

a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida;

realizar mapeamento de sua área de atuação;

cadastrar e atualizar as famílias de sua área;

identificar indivíduos e famílias expostos a situações de riscos;

realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;

coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;

desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;

promover educação e saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;

orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde;
prestar informações para os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, sua disponibilidade e necessidades;
participar em parceria com outros seguimentos que atuam no processo de atenção básica a saúde à população;
estar integrado a unidade de saúde de referência a sua área de atuação;
colaborar com os serviços da unidade de saúde quando solicitado, de acordo com suas atribuições.

(Lei Complementar 046 de 04/11/2011 Fazenda Rio Grande)

REQUISITOS

Ensino Fundamental Completo e comprovação de residência no Município de Fazenda Rio Grande no mínimo a 02 (dois) anos.

(Lei Complementar 046 de 04/11/2011 Fazenda Rio Grande)

Quanto às hipóteses de rescisão contratual:

A administração pública somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde ou do Agente de Combate às Endemias, na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;

II - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;

III - necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da Lei nº 9.801, de 14 de junho de 1999; ou

IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.

(Lei Complementar nº 46/2011)

Art. 482 - Constituem justa causa para rescisão do contrato de trabalho pelo empregador:

a) ato de improbidade;

b) incontinência de conduta ou mau procedimento;

- c) negociação habitual por conta própria ou alheia sem permissão do empregador, e quando constituir ato de concorrência à empresa para a qual trabalha o empregado, ou for prejudicial ao serviço;
 - d) condenação criminal do empregado, passada em julgado, caso não tenha havido suspensão da execução da pena;
 - e) desídia no desempenho das respectivas funções;
 - f) embriaguez habitual ou em serviço;
 - g) violação de segredo da empresa;
 - h) ato de indisciplina ou de insubordinação;
 - i) abandono de emprego;
 - j) ato lesivo da honra ou da boa fama praticado no serviço contra qualquer pessoa, ou ofensas físicas, nas mesmas condições, salvo em caso de legítima defesa, própria ou de outrem;
 - k) ato lesivo da honra ou da boa fama ou ofensas físicas praticadas contra o empregador e superiores hierárquicos, salvo em caso de legítima defesa, própria ou de outrem;
 - l) prática constante de jogos de azar.
 - m) perda da habilitação ou dos requisitos estabelecidos em lei para o exercício da profissão, em decorrência de conduta dolosa do empregado. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017)
- Parágrafo único Constitui igualmente justa causa para dispensa de empregado a prática, devidamente comprovada em inquérito administrativo, de atos atentatórios à segurança nacional.
- (Consolidação das Leis do Trabalho, BRASIL, 1943)

3. FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES

Para definir a frequência esperada para a realização de visitas, utilizamos como referências a Lei Complementar 46/2011 e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) edição de 2011.

Segundo a Lei Municipal Complementar 46/2011, o ACS deve *“realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade”* e segundo a PNAB/2011, *“o ACS deve 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 1 (uma) visita/família/mês”.

Como verificamos, as famílias devem ser acompanhadas mensalmente e o número dessas visitas podem variar conforme as necessidades específicas da comunidade, de acordo com a Estratificação de Risco Familiar, podendo ser necessárias mais ou menos regularidade no acompanhamento.

Frequência Recomendada de Visitas Domiciliares: A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 e a Lei Municipal 46/2011, recomendam que cada família receba, em média, uma visita domiciliar por mês. Famílias com maiores necessidades de saúde podem ser visitadas com mais frequência, enquanto aquelas com menor risco podem ter visitas menos frequentes. Para isto, deve ser utilizada o instrumento de Classificação de Risco Familiar.

Número de Famílias por ACS: Cada ACS é responsável por uma microárea que abrange cerca de 254 famílias (cálculo: 750 pessoas divididas por 2,95 moradores por domicílio, conforme Censo IBGE 2022). Nos casos de áreas com maior vulnerabilidade, o número de famílias pode ser ajustado para garantir um atendimento adequado. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local (PNAB, 2017).

Divisão da Carga Horária do ACS: O ACS poderá dedicar 30 horas semanais para a realização de visitas domiciliares e atividades externas (75%) e 10 horas semanais para a prática de registros e planejamento de suas atividades (25%) (Lei Federal n.º 13.595, de 5 de janeiro de 2018). As horas de atividades internas devem ser organizadas em escalas, podendo ocorrer em horas corridas (um dia inteiro mais duas horas) ou diluídas no decorrer da semana.

§ 2º A jornada de trabalho de quarenta horas semanais exigida para garantia do piso salarial previsto nesta Lei deverá ser integralmente dedicada a ações e serviços de promoção da saúde, de vigilância epidemiológica e ambiental e de combate a endemias, em prol das famílias e comunidades assistidas, dentro dos respectivos territórios de atuação, e será distribuída em:

I - trinta horas semanais, para atividades externas de visita domiciliar, execução de ações de campo, coleta de dados, orientação e mobilização da comunidade, entre outras;

II - dez horas semanais, para atividades de planejamento e avaliação de ações, detalhamento das atividades, registro de dados e formação e aprimoramento técnico (Lei Federal n.º 13.595, de 5 de janeiro de 2018).

Tempo demandado para contato com a família: Estudos indicam que a prática real pode variar conforme as especificidades de cada família. Deve-se considerar ainda o tempo necessário para deslocamento entre os domicílios.

Não foram encontrados estudos com relação ao tempo de deslocamento entre domicílios, para fins deste planejamento, será atribuído o tempo de 10 minutos para deslocamento entre domicílios e 25 minutos para realização do contato com o paciente, em média, reforçando que, para otimizar o tempo, é essencial que os ACS planejem suas rotas de maneira eficiente, considerando as particularidades geográficas e infraestruturais da área de atuação.

Cálculo da Média Diária de Visitas: Considerando a recomendação de uma visita mensal por família/domicílio e a carga horária semanal de 30 horas para atividades externas, optando ainda pela reserva de um dia (8 horas) para realização de buscas ativas sinalizadas pela Coordenação da Unidade de Saúde, podemos estimar o número diário de visitas da seguinte forma:

- Total de famílias por ACS:** Aproximadamente 254 famílias/domicílios por ACS, calculando o máximo de 750 pessoas divididas por 2,95 pessoas por domicílio, segundo Censo IBGE 2022.
- Visitas necessárias:** 254 visitas periódicas (uma por família/domicílio).
- Dias úteis no mês reservados para visita domiciliar:** Considerando a média de 22 dias úteis por mês, reserva-se 16 dias – 75% da carga horária disponível.
- Dias úteis no mês reservados para atividades internas:** Considerando a média de 22 dias úteis por mês, reserva-se 6 dias – 25% da carga horária disponível.
- Cálculo das visitas diárias necessárias:** Existem 13 deslocamentos de 10 minutos entre cada visita. Para uma jornada de trabalho de 8 horas (480 minutos), o tempo gasto com deslocamentos será de 130 minutos, restando 350 minutos como tempo total diário disponível para visitas. O tempo médio gasto para cada visita será de 35 minutos (25 minutos no domicílio e 10 minutos de deslocamento). Considerando a carga horária de 8 horas diárias e os tempos sinalizados, poderão ser realizadas 13 domicílios por dia e

para completar as 254 famílias, serão necessários 20 dias. Considerando o deslocamento que, por vezes, pode ser mais difícil, admitiu-se ainda a redução em uma visita diária, totalizando 12 visitas diariamente.

Variações operacionais: considerando que o total de famílias excede a capacidade operacional mensal, admite-se que as famílias sejam acompanhadas em período temporal não coincidente com o mês em curso. Em períodos de calor ou frio extremo, admite-se ainda a redução no total diário de visitas para que se possa organizar para períodos com temperatura mais confortável. Nestes casos, o ACS e sua Coordenação devem reorganizar a carga horária diária, priorizando as atividades internas no período menos favorável, mantendo a proporção 30 horas externas e 10 horas internas.

A título de exemplo: O ACS tem 250 famílias cadastradas no território, porém devido férias, afastamentos, atividades coletivas, atividades das unidades, entre outras intercorrências, conseguiu realizar visitas da família de número 01 até a 200 no mês vigente. Sendo assim, no mês seguinte ele deverá dar seguimento nas visitas a partir da família de número 201, de forma que estas não fiquem desassistidas por um período maior que dois meses.

Tendo estes cálculos como parâmetros, fica definido:

1. 30 horas da semana para a realização visitas domiciliares, sendo no mínimo 12 visitas por dia ou 48 visitas semanais, em média, para as famílias cadastradas sob responsabilidade do ACS ou buscas-ativas;
2. 10 horas da semana para a realização de atividades internas e/ou administrativas.
3. Buscas Ativas: Discutir com os supervisores de equipe sobre as visitas para buscas ativas conforme demandas necessárias e/ou discutidas em reunião de equipe. Diante das demandas dos casos que necessitam de buscas ativas, o ACS deverá se organizar considerando-as como prioridade. Nos casos que se caracterizarem como urgências, o ACS deverá realizar a visita domiciliar no dia, o mais breve possível, independentemente do horário previamente preconizado na escala diária. Os demais poderão ser inseridos na programação diária.

As buscas ativas podem ser coincidentes ou não com a sua área delimitada e o número será definido pela Coordenação da UBS de acordo com as necessidades da

Unidade de Saúde. A organização das escalas de busca ativa e atividades internas será realizada pela Coordenação da UBS, de acordo com a necessidade do serviço;

Caso não exista ou tenha número reduzido de buscas ativas para serem realizadas na semana, o ACS deve dedicar todo seu tempo disponível para a realização de suas visitas periódicas ou de acompanhamento.

5. REGISTRO DAS VISITAS REALIZADAS

Para registro das atividades do ACS, deverá ser utilizado o aplicativo EpHealth, disponível em todos os tablets que foram distribuídos. Em caso de ausência de equipamento, poderá ser utilizado o programa e-SUS, disponível nos computadores da UBS. Conforme última atualização do e-SUS APS, deve-se seguir as seguintes recomendações:

- **Após cadastrar os domicílios, os núcleos familiares e os cidadãos** que compõem os núcleos familiares é possível registrar as visitas domiciliares e territoriais, tanto individualmente a depender das condições específicas de cada cidadão;
- **A visita ao cidadão** tem foco nas necessidades específicas de acompanhamento do cidadão no contexto familiar e vinculado a um domicílio dentro do território adstrito à equipe de saúde.
- **Visita Compartilhada com outro Profissional:** campo destinado para o preenchimento nos casos em que o ACS realizar a visita com outros profissionais, exceto com outro ACS. É uma visita multiprofissional em que o ACS deverá ofertar ações em saúde conforme a rotina do seu trabalho.

- **Motivo da visita:** a visita domiciliar deverá ser realizada de acordo com o preconizado, lembrando que o núcleo familiar é dinâmico e a qualquer momento poderá apresentar mudanças no motivo da visita.

Muitas vezes, pode ocorrer do motivo não ser tão claro, mas, ainda assim, o ACS deverá realizar uma visita por família ao mês.

5.1 MOTIVOS DE VISITAS

5.1.1 VISITAS PERIÓDICAS

É a visita realizada **para o núcleo familiar (coletivo)** em que as famílias não apresentam situações de saúde (doenças crônicas, fases da vida - gestante, criança, idoso). Essa visita não é sinônimo de visita de rotina. **Poderá ser registrado simultaneamente** com os seguintes campos: “Cadastramento/Atualização”, “Controle ambiental/vetorial”, “Convite atividades coletivas/Campanha de saúde” e “Orientação/Prevenção”, quando essas atividades forem direcionadas para a coletividade e não para o indivíduo.

Na visita periódica deverá ser registrado **apenas** o CNS e data de nascimento do responsável pelo núcleo familiar, mesmo que outros membros estejam no domicílio.

5.1.2 VISITAS DE ACOMPANHAMENTO

É a **visita realizada para o usuário (individual)** nos quais os motivos de acompanhamento são: gestante, puérpera, RN, criança, pessoa com desnutrição, pessoa em reabilitação ou deficiência, pessoa com HAS, pessoa com DM, 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/acamado, condições de vulnerabilidade social, condicionalidades do Bolsa Família, saúde mental, usuário de álcool, usuário de outras drogas.

Poderá ser registrado simultaneamente com os seguintes motivos:

“Cadastramento/atualização”, “Controle ambiental/vetorial”, “Egresso de internação”, “Convite atividades coletivas/Campanha de saúde” e “Orientação/Prevenção”, quando essas atividades forem direcionadas para o indivíduo e não para a coletividade. Quando um único membro da família estiver presente durante a visita e ação for direcionada exclusivamente para ele, deverá ser registrado o CNS e o motivo de acompanhamento

dessa única pessoa presente. Quando o único membro da família estiver presente durante a visita e o ACS obtiver informações dessas pessoas ou realizar ações (Ex.: Orientações) direcionadas a todos os membros, deverão ser registrados o CNS e o motivo de acompanhamento de todas as pessoas.

5.1.3 CADASTRAMENTO/ATUALIZAÇÃO

É a visita para o cadastramento de um núcleo familiar/membro novo no território. Quando o cadastramento for da família deverá ser preenchido o CNS de todos os membros. Quando o cadastramento for de apenas novos integrantes da família, deverá ser preenchido o CNS apenas dos novos membros. Em toda visita o ACS deverá verificar a necessidade de atualização cadastral e realizar o processo quando houver necessidade, inclusive a retirada de pessoas que não compõem o núcleo familiar. Todos os cadastros devem ser atualizados sempre que houver mudança na família ou no mínimo a cada 24 meses.

5.1.4 BUSCA ATIVA

Ação voltada para os usuários que:

- Faltaram à consulta, exames
- Vacinas atrasadas ou campanha de vacinação (a partir da identificação de pessoas que não vacinaram durante o período da campanha);
- Avisos e outras necessidades da USB;

AMBIENTAL/VETORIAL

É quando a visita realizada for por motivo voltado para avaliação de riscos ambientais. Registrar: campo “ação educativa” quando forem realizadas orientações; o campo “imóvel com foco” nos casos em que sejam identificados algum foco no domicílio ou peridomicílio e o campo “ação mecânica” quando o ACS auxiliar o morador na remoção de um foco de fácil acesso. Todos os campos podem ser assinalados simultaneamente, quando for o caso. O campo “tratamento focal” disponível no sistema

do e-SUS não deverá ser registrado pelo ACS. O ACS deve registrar o CNS de todos os moradores que foram alvo das ações desta visita.

5.1.6 EGRESSO DE INTERNAÇÃO

Visita no qual o motivo é o acompanhamento de usuário após a alta hospitalar. Registrar este campo quando o ACS fizer a primeira visita ao usuário após a alta hospitalar (independente do tempo entre a alta e a visita). O ACS deverá registrar o CNS deste usuário quando as ações forem voltadas apenas para ele. Nos casos em que as ações forem direcionadas também a outros membros, o ACS deverá registrar o CNS e o motivo de visita de todas as outras pessoas.

5.1.7 CONVITE PARA ATIVIDADES COLETIVAS/CAMPANHAS

Visita destinada ao convite da família ou de um determinado membro familiar para participar de atividade coletiva ou campanhas. Neste caso deverá ser registrado individualmente o CNS do usuário a quem for direcionado o convite ou de todos os membros da família que tenham sido convidados.

5.1.8 ORIENTAÇÃO E PREVENÇÃO

Visita destinada à orientação aos usuários da família sobre tema relacionado à promoção da saúde e prevenção de doenças. Neste caso se a orientação for destinada

especificamente a um indivíduo, apenas o
CNS dele deverá ser registrado. Caso a orientação destinar-se a
toda família, deverão ser registrados os CNS de todos os membros.

5.1.9 OUTROS

Visita com outros motivos não especificados acima. Neste caso deverá ser registrado individualmente o CNS de todos os indivíduos da família que forem identificados outros motivos.

5.2 DESFECHO DA VISITA

5.2.1 Visita realizada: Este campo deverá ser registrado sempre que o ACS for recebido no domicílio e algum motivo de visita for identificado ou a visita for compartilhada com outro profissional.

5.2.2 Visita recusada: Este campo deverá ser registrado sempre que o ACS não for recebido ou quando não houver a oportunidade de identificar o motivo de visita (ex.: quando o morador abre a porta ou atende o interfone e não aceita a visita). Neste caso o ACS deverá registrar os seguintes campos: Turno de realização da visita, microárea, tipo de imóvel, CNS da pessoa que recusou a visita, data de nascimento e sexo. No campo de observações da ficha de visita o ACS deverá registrar o horário de realização da VD.

5.2.3 Ausente: Este campo deverá ser registrado sempre que o ACS não encontrar alguém no domicílio. O ACS deverá registrar os seguintes campos: Turno de realização da visita, microárea, tipo de imóvel, CNS do responsável familiar, data de nascimento e sexo. No campo de observações da ficha de visita o ACS deverá registrar o horário de realização da VD.

5.2.4 Campo de assinatura: Ao final da visita o ACS deverá solicitar a assinatura de pelo menos uma pessoa do núcleo familiar. Será considerada assinatura válida quando a pessoa for maior de 12 anos de idade com o cognitivo preservado. Ao final do registro,

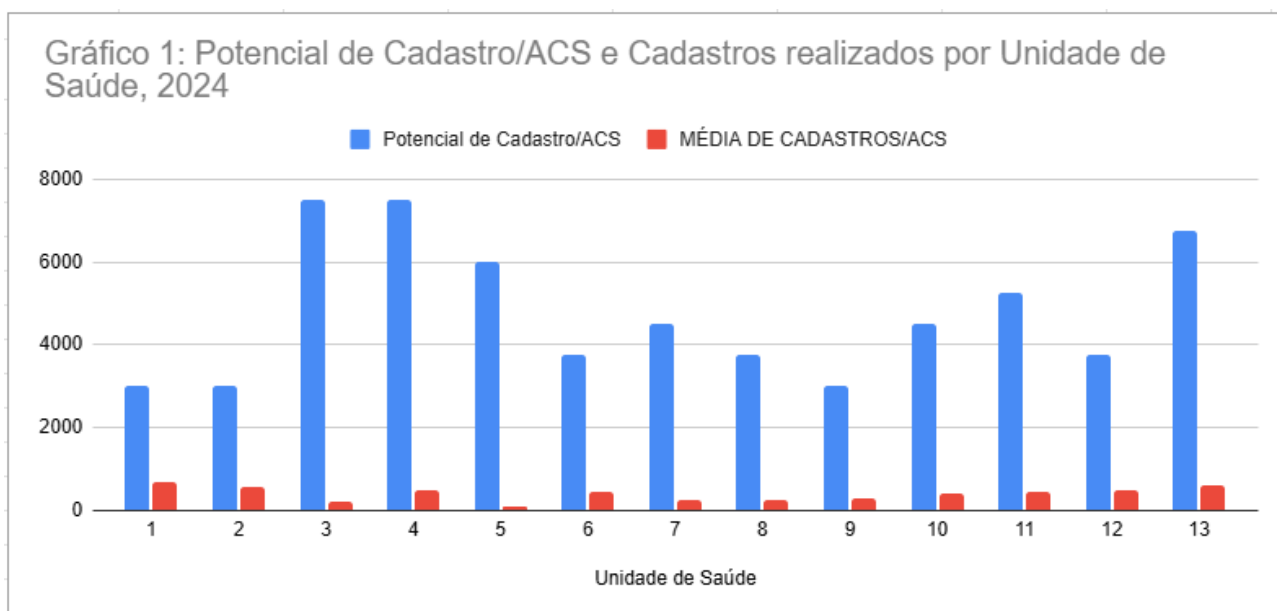
sincronizar o tablet com o e-SUS para que as informações digitadas sejam devidamente exportados para o SISAB.

Para avaliação das atividades, o superior imediato analisa os dados através do programa Radar Saúde e SISAB.

OBS: A Ficha de assinatura das visitas deverá ser utilizado por todos os ACS, independente do uso dos tablets.

6. ESTRATÉGIAS PARA CADASTRAMENTO DOS INDIVÍDUOS E DOMICÍLIOS PARA ALCANCE DAS METAS

No gráfico abaixo se observa a distribuição dos cadastros realizados no ano de 2024.



Fonte: e-SUS, 2024.

Observa-se que as Unidades de Saúde

não conseguiram atingir seu potencial de cadastramento. No e-SUS APS o cadastro é dividido em duas categorias: Cadastro Individual e Cadastro Domiciliar e Territorial, e permite a coleta de dados específicos sobre os cidadãos e seus domicílios.

A partir da publicação da Portaria SAPS/MS nº 161 de 10 de dezembro de 2024, entram em vigor os seguintes conceitos relacionados ao cadastro e ao acompanhamento da população:

- **Pessoa cadastrada:** aquela que possui cadastro individual (MICI) e cumpre integralmente os requisitos de validação do SISAB.
- **Pessoa com cadastro completo:** aquela que possui cadastro individual (MICI) e cadastro domiciliar e territorial (MICDT) e atende integralmente aos requisitos de validação do Sisab.
- **Pessoa com cadastro atualizado:** cadastro atualizado nos últimos dois anos (24 meses), até o último mês do quadrimestre avaliado, contados a partir da inclusão ou última alteração no sistema, ou seja, cujas informações foram revisadas ou confirmadas dentro desse período.
- **Destaca-se que a atualização é avaliada separadamente para cada tipo de cadastro.** Assim, caso a pessoa tenha atualização apenas no cadastro individual dentro dos últimos 24 meses, mas não no domiciliar/territorial, será considerado atualizado apenas o cadastro individual.
- **Destaca-se que o prazo de dois anos (24 meses)** para a atualização dos dados cadastrais no SISAB foi alinhado ao estabelecido para o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo (CadÚnico), permitindo melhor integração entre as políticas sociais.

- **Pessoa acompanhada:** aquela que apresenta mais de um contato assistencial com profissional de saúde no período de um ano (12 meses), a partir do último mês do quadrimestre avaliado, sendo necessário que, pelo menos um desses contatos, seja um atendimento, podendo ser individual, coletivo e/ou domiciliar.

Entende-se por “mais de um contato assistencial com profissional de saúde”: atendimento combinado com procedimento ou atendimento combinado com atendimento.

Destaca-se o disposto no Parágrafo único do Art.10 da Seção II da Portaria GM/MS de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024): *“É vedada a restrição de atendimento a qualquer pessoa nas Unidades Básicas de Saúde da APS no SUS por ausência de cadastro prévio nas equipes.”*

Para realização dos cadastros dos domicílios sob responsabilidade de cada ACS, deverá ser seguida a seguinte programação:

6.1 Fase 1: Cadastramento completo (domicílio e individual) de todos os grupos prioritários, conforme segue:

- 1.Crianças menores de cinco anos;
- 2.Idosos com 60 anos ou mais;
- 3.Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada - BPC;
- 4.Beneficiários do Benefício de Programa Bolsa Família – PBF;
- 5.Indivíduos em condição vulnerável: gestantes, acamados

PRAZO PARA CONCLUSÃO DA FASE 1: 30/06/2025

6.2 Fase 2: Cadastramento completo de pessoas sem critérios de vulnerabilidade

Pode ser realizada concomitantemente com indivíduos com critérios, localizados no mesmo domicílio ou em estratégias delineadas pela UBS para cadastramentos dos usuários em procura espontânea ou agendada na Unidade de Saúde.

PRAZO PARA CONCLUSÃO DA FASE 2: 31/12/2025

7 REORGANIZAÇÃO DAS AREAS E MICRO-ÁREAS

Serão obedecido os critérios de cobertura para população com critérios de vulnerabilidade conforme exposto anteriormente. Observa-se no quadro abaixo a distribuição da população com critérios por Unidade de Saúde. Observa-se que em alguns casos existe disparidade entre o número de ACS e população vulnerável, nesse sentido, realizaram-se ajustes para correção, bem como ajuste para o número de ACS que o município tem contratado atualmente.

A redistribuição ficará a cargo da Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em instrumento específico.

Quadro 3: Distribuição de população com critérios de vulnerabilidade por UBS

UBS	POPULAÇÃO AJUSTADA (Média Ponderada)	PBF	IDOSO (60+)	< 5 ANOS	Nº DE POP COM CRITÉRIOS	LOCALIDADES VULNERÁVEIS	ESTIMATIVA ACS PARA COBERTURA POP COM CRITÉRIOS	Nº ATUAL DE ACS	AJUSTE CRITÉRIO POP
Gralha Azul	18386	1922	2195	2775	6892	1º de maio, Boa Esperança, Beco São Sebastião, Colonial, Passo Amarelo	9	9	9
São Sebastião	14213	2285	2038	2529	6852	Jd. Europa	9	5	8
Hortência	14808	1632	1392	3069	6093	Pedraço Pantanal	8	5	8
Iguaçu	12981	1479	2123	2489	6091	Suzuki, Kokubo, Angico	8	8	8
Santa Terezinha	15975	2055	1611	1792	5458	Becos, pedaço kokubo	7	6	7
Estados	13432	1373	1148	2677	5198	Santa Maria	7	4	7
Santa Maria	8672	959	608	2100	3667	Final do Santarém	5	4	5
Santarém	10802	1355	956	1907	4218	Início Santarém	6	7	6
Vila Marli	15477	959	1702	1691	4352	Pedraço do Pantanal	6	9	6
Pioneiros	14781	852	1939	1775	4566	Pedreira	6	5	5
Nações	12649	975	2054	2002	5031	Rua Santa Clara	7	6	4
Canaã	12612	951	1371	1890	4212	Rua Oiti	6	4	4
Eucaliptos	12533	681	1989	1421	4091		5	10	5
							89	82	

Fonte: Relatório Territorialização 2025.

8 AFERIÇÃO DE DESEMPENHO

O monitoramento será realizado mensalmente por meio de relatórios extraídos do e-SUS, que concentra todos os dados exportados e comparados também com dados registrados por meio do aplicativo EpHealth. Serão avaliados os números absolutos de domicílios visitados no decorrer do mês.

8 RESPONSÁVEIS PELO MONITORAMENTO

1.Coordenação geral do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - Nina Souza

- Coordenação geral do Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- Verificação in loco do trabalho do ACS;
- Monitoramento dos dados inseridos nos sistemas de informação;
- Planejamento das ações realizadas dentro do Programa;
- Apoio ao processo de territorialização.

2. Coordenação da Unidade de Saúde

- Verificação diária das atividades realizadas;
- Atribuição de responsabilidades em relação às atividades externas (buscas ativas, monitoramento, visitas);
- Definição de escalas de atividades internas e comunicar a Coordenação do Programa;
- Controle de frequência;
- Apoio ao planejamento das ações realizadas dentro do Programa;
- Apoio ao processo de territorialização.

3. Coordenação de Monitoramento, Controle e Avaliação na APS – Marcilene de Paula

- Monitoramento dos dados inseridos nos sistemas de informação;
- Apoio ao planejamento das ações realizadas dentro do Programa;
- Apoio ao processo de territorialização.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Seção II – Das Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Disponível em: https://www.in.gov.br/material/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21577781/do1-2017-10-03-portaria-de-consolidacao-n-5-de-28-de-setembro-de-2017-21577700. Acesso em: 21 fev. 2025.

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. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm.

Acesso em: 21 fev. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13595.htm. Acesso em: 21 fev. 2025.

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 21 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011_comp.html.

Acesso em: 21 fev. 2025.

EXEMPLARS IN GLOBAL HEALTH. Community Health Workers in Brazil: Case Study. 2020. Disponível em: https://www.exemplars.health/-/media/files/egh/resources/community-health-workers/brazil/chw_brazil_case_study_por_2020dec_17.pdf.

Acesso em: 21 fev. 2025.

FAZENDA RIO GRANDE. Lei Complementar nº 46, de 04 de novembro de 2011. Cria empregos públicos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate à Endemias na estrutura administrativa do Poder Executivo Municipal e dá outras providências. Disponível em: <https://www.fazendariogrande.pr.gov.br/legislacao/lei-complementar-no-46-2011>. Acesso em: 21 fev. 2025.

SCIELO BRASIL. Atributos da Atenção Primária na Visita Domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde. Disponível em:

[https://www.scielo.br/j/sdeb/a/](https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HL6TRrF7NyvpWjXdVyfnzsH/?lang=pt)

[HL6TRrF7NyvpWjXdVyfnzsH/?lang=pt](https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HL6TRrF7NyvpWjXdVyfnzsH/?lang=pt). Acesso em: 21 fev. 2025.

SENADO FEDERAL. Regulamentação do trabalho de agentes de saúde está em análise na CAS. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/08/01/regulamentacao-do-trabalho-de-agentes-de-saude-esta-em-analise-na-cas>. Acesso em: 21 fev. 2025.

SILVA, A. et al. Trabalho dos agentes comunitários de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 1017-1028, 2021.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HjCcnjHHzfHy6XYjxWWR6Sd/?lang=pt>.

Acesso em: 21 fev. 2025.