

Instrução Normativa do escopo de práticas ampliado do Agente Comunitário de Saúde: uma contribuição técnica do PROFSAÚDE

Regulatory Instruction on the expanded scope of practices of Community Health Workers: a technical contribution from PROFSAÚDE

Instrucción Normativa del ámbito de prácticas ampliado del Agente Comunitario de Salud: un aporte técnico del PROFSAÚDE

Jumara Espíndola dos Santos

Mestre em Saúde da Família - PROFSAÚDE; Prefeitura Municipal de Campo Grande, Campo Grande, MS, Brasil;
E-mail: jumaraespindola@gmail.com; ORCID: 0000-0002-3282-2004

Sílvia Helena Mendonça de Moraes

Doutora em Ciências; Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil;
E-mail: silvia.moraes@fiocruz.br; ORCID: 0000-0002-4815-0863

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Doutora em Ciências; Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil;
E-mail: debora.dupas@fiocruz.br; ORCID: 0000-0003-2291-2302

Contribuição dos autores: JES contribuiu para o delineamento e concepção do estudo, embasamento teórico, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. SHMM contribuiu para a revisão final do manuscrito. DDGN contribuiu como supervisora da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. Todas se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 30/05/2025

Aprovado em: 24/02/2026

Editor responsável: Julio César Schweickardt

Resumo: Objetivo: Este manuscrito tem como objetivo apresentar a normatização do escopo de práticas ampliado dos Agentes Comunitários de Saúde após a conclusão do curso técnico do programa Saúde com Agente, visando garantir segurança jurídica, padronização de fluxos e integração das novas competências na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Foi elaborada uma Instrução Normativa como produto técnico do mestrado profissional PROFSAÚDE, baseada em dados de um questionário aplicado a 757 Agentes Comunitários de Saúde egressos do curso em Mato Grosso do Sul. A construção da Instrução Normativa incluiu revisão de legislações, consultas a setores jurídicos e troca de experiências com outros municípios. **Resultados:** Como resultado, a Instrução Normativa estabeleceu critérios para a realização de procedimentos pelo Agente Comunitário de Saúde como aferição de pressão arterial, glicemia capilar, temperatura axilar e avaliação antropométrica, vinculando-os a situações clínicas específicas e à discussão em equipe. A normativa foi implementada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, servindo como referência para outros municípios. **Conclusões:** A Instrução Normativa representa um avanço na qualificação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, equilibrando formação técnica e prática segura na Atenção Primária à Saúde. Recomenda-se monitoramento contínuo para garantir sua efetividade e evitar burocratização, reforçando seu papel como ferramenta de governança clínica e educação permanente em saúde.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Formação Profissional; Diretrizes Práticas.

Abstract: Objective: This manuscript presents the standardization of the expanded scope of practice for Community Health Workers after their completion of the technical training program Health with Agents. The aim is to ensure legal compliance, standardize workflows, and integrate new competencies into Primary Health Care. **Methods:** A Normative Instruction was developed as a technical product of the PROFSAÚDE professional master's program, based on survey data from 757 Community Health Workers who completed the training in Mato Grosso do Sul state, Brazil. The development of the Normative Instruction included reviewing relevant legislation, consulting with legal departments, and exchanging experiences with other municipalities. **Results:** The Normative Instruction established

criteria for Community Health Workers to perform clinical procedures including blood pressure measurement, capillary blood glucose testing, axillary temperature assessment, and anthropometric evaluation, linking these to specific clinical situations and team discussions. The framework was implemented in Campo Grande city, Mato Grosso do Sul state, serving as a reference for other municipalities. **Conclusions:** The Normative Instruction represents an advancement in qualifying the work of Community Health Workers, balancing technical training with safe practices in Primary Health Care. Continuous monitoring is recommended to ensure its effectiveness and prevent excessive bureaucracy, while reinforcing its role as a tool for clinical governance and ongoing health education.

Keywords: Community Health Workers; Primary Health Care; Professional Training; Practice Guidelines.

Resumen: Objetivo: Este manuscrito tiene como objetivo presentar la normatización del ámbito de prácticas ampliado de los Agentes Comunitarios de Salud tras la conclusión del curso técnico del programa Salud con Agente, con el fin de garantizar seguridad jurídica, estandarización de flujos e integración de las nuevas competencias en la Atención Primaria de Salud.

Métodos: Se elaboró una Instrucción Normativa como producto técnico de la maestría profesional PROFSAÚDE, basada en datos de un cuestionario aplicado a 757 Agentes Comunitarios de Salud egresados del curso en Mato Grosso do Sul (Brasil). La construcción de la Instrucción Normativa incluyó revisión de legislaciones, consultas a sectores jurídicos e intercambio de experiencias con otros municipios. **Resultados:** Como resultado, la Instrucción Normativa estableció criterios para que los Agentes Comunitarios de Salud realicen procedimientos como medición de presión arterial, glucemia capilar, temperatura axilar y evaluación antropométrica, vinculándolos a situaciones clínicas específicas y a la discusión en equipo. La normativa fue implementada en Campo Grande, Mato Grosso do Sul, sirviendo como referencia para otros municipios. **Conclusiones:** La Instrucción Normativa representa un avance en la calificación del trabajo de los Agentes Comunitarios de Salud, equilibrando formación técnica y práctica segura en la Atención Primaria de Salud. Se recomienda monitoreo continuo para garantizar su efectividad y evitar la burocratización, reforzando su papel como herramienta de gobernanza clínica y educación permanente en salud.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud; Atención Primaria de Salud; Capacitación Profesional; Guías de Práctica Clínica como Asunto.

INTRODUÇÃO

O Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE foi concebido para proporcionar a formação em Saúde da Família para profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF), e essa formação deve estar articulada com sua prática na APS¹. Neste sentido, ao ingressar na quarta turma do PROFSAÚDE, por meio da Instituição Associada Fiocruz Mato Grosso do Sul, dediquei-me ao estudo da percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do estado de Mato Grosso do Sul em relação à formação técnica no curso Saúde com Agente, bem como a repercussão desta formação na prática profissional, tendo em vista que o tema impactava diretamente em minha atuação profissional como parte da equipe que coordena a APS no município de Campo Grande – MS.

Em mais de três décadas de atuação, a categoria de ACS vem crescendo e se consolidando no Sistema Único de Saúde (SUS) e, paralelamente, vem lutando por melhorias nas condições de trabalho, bem como por qualificação e aprimoramento profissional, por meio da formação técnica, que é uma reivindicação bastante antiga desta categoria.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde publicou o Referencial Curricular para curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, documento elaborado de forma integrada com a participação dos Ministérios da Saúde e da Educação, segmentos da área profissional envolvida e participação social². Apesar da relevância do trabalho dos ACS no âmbito da ESF, a garantia da formação técnica tem se constituído como campo de disputas, além disso, até a instituição do Programa Saúde com Agente eram identificadas abordagens educacionais pontuais e de curta duração e não o curso técnico completo, que atendessem às diretrizes e orientações para a formação³.

A primeira proposta de formação técnica com financiamento, também ocorreu em 2004, ofertada, prioritariamente, pelas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e Centros Formadores de Saúde, mas foi realizada de forma

incipiente, uma vez que poucos estados aderiram a essa formação, como foi o caso de Tocantins e Acre, por meio da ETSUS e o Rio de Janeiro, pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fiocruz^{4,5}.

A segunda proposta ocorreu após 16 anos, pelo Programa Saúde com Agente, em 2020, que assegurou a formação técnica completa, ou seja, a oferta de um curso de 1.275 horas, dividido em 3 etapas formativas⁶. O curso técnico instituído por este Programa é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), e tem como objetivo a formação dos agentes, com foco no fortalecimento das práticas na APS e vigilância em saúde no âmbito do SUS⁷. Utilizando uma metodologia híbrida de ensino, que combina atividades presenciais (acompanhadas por preceptores no território de atuação) e a distância (mediadas por tutores em um Ambiente Virtual de Aprendizagem), o curso foi estruturado para desenvolver capacidades profissionais, abordando temas que vão desde ações educativas até o uso de tecnologias digitais. Essa proposta pedagógica inovadora busca integrar os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS) e metodologias ativas de ensino, promovendo uma formação crítica e reflexiva voltada para as realidades dos territórios onde os agentes atuam⁷.

Neste contexto histórico e instigada pela minha atuação profissional ligada diretamente aos ACS, e pelas novas competências desenvolvidas a partir do curso técnico, busquei conhecer a percepção dos egressos da primeira turma do curso acerca de seu processo formativo. Para isso, foi aplicado um questionário eletrônico com todos os ACS egressos do referido curso no estado de Mato Grosso do Sul, que entre outros achados evidenciou a necessidade de normatizar o escopo ampliado de práticas apreendido no curso. Entende-se por escopo ampliado de práticas o conjunto de procedimentos técnicos aprendidos no processo formativo, quais sejam: aferição da pressão arterial, teste de glicemia capilar, aferição da temperatura axilar e verificação antropométrica.

Além de ser um importante elo entre a comunidade e os serviços de saúde, as novas competências dos ACS representam um importante papel assistencial que contribui para a qualidade da atenção, resolutividade no

contexto da APS e fortalecimento do SUS, mas que requer normatização, fluxos e monitoramento para garantir sua atuação de forma segura e respaldada. Neste sentido, e diante da necessidade observada na minha prática assim como a necessidade que também emergiu a partir dos resultados da primeira etapa da pesquisa com os ACS, foi elaborada uma Instrução Normativa (IN), como um produto técnico-tecnológico do mestrado profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE.

METODOLOGIA

Trata-se da apresentação de um produto técnico-tecnológico desenvolvido como produto do mestrado profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, a fim de subsidiar a prática dos ACS na capital do estado de Mato Grosso do Sul, após a ampliação de seu escopo de práticas em decorrência da formação técnica do Curso Saúde com Agente. Este curso foi ofertado em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde em parceria com a UFRGS e Conasems, entre agosto de 2022 e agosto de 2023. No Estado de Mato Grosso do Sul foram 2.885 ACS inscritos e 2.680 diplomados, representando uma taxa de aprovação superior a 92%. Já na capital Campo Grande foram 944 ACS inscritos e 891 diplomados, totalizando 94,3% de aprovação⁸.

Base de dados

A principal base de dados que subsidiou a construção da IN foi o banco gerado da extração dos dados do questionário *online* disponibilizado para todos os ACS egressos do estado de MS, contando com 847 respostas, sendo considerados para análise 757 registros, a partir dos critérios de inclusão e exclusão definidos no estudo inicial. O questionário contemplava 62 questões, divididas em 7 áreas: dados gerais, dados profissionais, dados da inscrição no curso, percepções sobre o curso (acesso às atividades teóricas, atividades práticas), conteúdo e aprendizagem, escopo de práticas (aferição da pressão arterial, teste de glicemia capilar, aferição da temperatura axilar, verificação antropométrica, critérios ou fluxos) e avaliação geral do curso.

Em relação ao conteúdo, processo de ensino-aprendizagem e escopo de práticas, o Projeto Pedagógico do curso elenca dezoito experiências de aprendizagem voltadas à formação dos ACS, abrangendo desde o diagnóstico sociodemográfico, a realização de visitas domiciliares regulares para acolhimento e acompanhamento de grupos vulneráveis, até os

procedimentos técnicos. Adicionalmente, prevê a participação dos ACS no planejamento, no mapeamento institucional e na avaliação das ações de saúde, bem como o estímulo à participação comunitária nas políticas públicas.

Quanto ao escopo de práticas analisado, cabe esclarecer que esse recorte teve como objetivo identificar as mudanças práticas decorrentes da formação. Isso porque, embora a maior parte das experiências de aprendizagem previstas no Projeto Pedagógico já fizessem parte da rotina dos ACS (sendo aprofundadas e qualificadas pelo programa), os procedimentos específicos em foco, representavam inovações em sua prática.

Ainda que tais procedimentos estivessem previstos na PNAB 2017⁹ e na Lei nº 13.595/2018¹⁰, sua execução só foi possível após a conclusão do curso técnico, configurando-se, portanto, como novas competências incorporadas ao trabalho dos agentes.

O banco obtido com o questionário gerou uma gama extensa de dados, que subsidiaram a ampliação do olhar para questões práticas que estavam influenciando nas atividades diárias dos egressos.

Neste sentido, ao analisarmos as respostas relacionadas ao escopo de práticas, mais especificamente a pergunta *“Você acha importante que o serviço estabeleça critérios ou fluxos para a realização dos procedimentos de aferição da pressão arterial, teste de glicemia capilar, aferição da temperatura axilar e avaliação antropométrica?”*, foi evidenciada uma demanda importante, uma vez que 89,9% dos egressos responderam que sim, demonstrando haver necessidade de padronização.

Esses achados, somados às demandas recorrentes identificadas no cotidiano dos serviços, que incluíam questionamentos dos profissionais sobre a base legal para execução dos novos procedimentos, a necessidade de respaldo institucional e a padronização de fluxos, evidenciaram a urgência de normatização. Tal contexto impulsionou a sistematização de um instrumento legal que, além de garantir segurança jurídica às equipes, orientasse a operacionalização dessas práticas de forma alinhada às diretrizes da APS,

assegurando qualidade técnica e integração com os processos de trabalho já estabelecidos.

O estudo seguiu as disposições das Resoluções CNS nº 466/12 e 510/2016 que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) de Brasília, com parecer no 6.576.439, sob o número CAAE: 75229923.3.0000.8027.

Processo de Construção

Em agosto de 2023, foi elaborado e enviado um Ofício ao Ministério da Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, onde foi solicitado orientações acerca da existência de alguma recomendação relacionada a normatização dos novos procedimentos dos ACS pela área técnica de referência, que pudesse subsidiar a regulamentação em nível municipal. A resposta recebida em janeiro de 2024 reforçou a redação das legislações relacionadas e sugeriu o acesso ao Portal Conasems para buscar experiências exitosas premiadas na 1ª Mostra Saúde com Agente, porém a busca não foi frutífera, já que não foi localizada nenhuma experiência relacionada ao escopo de práticas, sendo a maioria delas relacionadas à integração entre ACS e ACE, bem como projetos locais de temas diversos.

Neste ínterim, questionamos o setor jurídico da Secretaria Municipal de Saúde em relação a parte legal da execução dos procedimentos descritos e a resposta foi criteriosa: ainda que houvesse uma Lei prevendo esse escopo ampliado (11.350/13.595), bem como uma Portaria (PNAB 2017) era necessária a regulamentação em nível municipal, através de publicação de ato normativo específico.

A partir dessas orientações iniciamos o processo de construção da normatização. O primeiro estágio foi a realização de contato com outros municípios para trocar experiências e saber como outros locais e regiões estavam tratando dessa questão. Para nossa surpresa, naquele momento, nenhum município de grande porte contatado possuía regulamentação específica (Porto Alegre, Florianópolis e Fortaleza), a mesma situação no interior do estado de MS. Contudo, em alguns municípios foi possível identificar que mesmo sem normatização específica, alguns ACS que

receberam os equipamentos passaram a realizar os procedimentos de aferição da pressão arterial e testagem de glicemia capilar, a partir da conclusão do curso. Essa informação foi corroborada pelos resultados do questionário.

Esses contatos foram muito importantes para cancelar a importância de critérios e fluxos relacionados ao escopo ampliado de práticas do ACS. Além disso, e de maneira informal, foram identificados locais onde estavam acontecendo situações inesperadas, que não faziam parte da rotina relacionada ao fluxo de usuários na unidade, como o aumento da demanda da APS em decorrência de encaminhamentos (muitas vezes desnecessários), após a abordagem e realização de procedimentos pelo ACS, como aferição da pressão arterial com valores que mesmo pouco alterados, fugiam ao valor de corte de normalidade apreendido no curso.

Neste sentido, normatizar o escopo de prática ampliado, bem como nortear os profissionais tornou-se prioridade dentre todas as demais questões que trabalhamos diariamente relacionadas ao ACS no município. A construção de um produto fruto da pesquisa de mestrado que pudesse impactar positivamente no serviço foi um pensamento recorrente, uma vez que a formação na área da saúde deve promover a (re)organização nos processos de trabalho que contribuam para efetivação dos princípios do SUS, sobretudo tratando-se de um programa de mestrado profissional em Saúde da Família.

Articulação com o SUS

O segundo estágio do processo de construção envolveu uma revisão sistemática de referenciais teóricos que fundamentam a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, com base em autores como Starfield¹¹ e Mendes¹², complementada por evidências sobre o trabalho do ACS e sua formação técnica^{13,14}. Essa fundamentação revelou que a execução indiscriminada de procedimentos técnicos pelo ACS poderia levar a três consequências críticas: primeiro, a redução do escopo profissional a uma dimensão tecnicista, contradizendo sua função educativa e comunitária¹³; segundo, a geração de ambiguidade conceitual entre população e profissionais acerca do papel nuclear do ACS na promoção da saúde; e terceiro, a distorção na priorização de atividades, com potencial prejuízo às

ações essenciais. Um exemplo concreto ilustra esse risco: durante visita domiciliar a uma mulher, a aferição isolada de pressão arterial com valores limítrofes poderia resultar em encaminhamentos automatizados, negligenciando outras intervenções necessárias na rotina de visita a este público-alvo, como a avaliação do status de exames preventivos (citopatológico do colo uterino e mamografia).

Para enfrentar esses desafios, a IN foi estruturada com três eixos centrais: a definição de critérios clínicos explícitos que restringem os procedimentos a situações específicas, demandando acompanhamento próximo (como no monitoramento terapêutico); a exigência de integração sistemática com o projeto terapêutico singular, mediante discussão em equipe (conforme Art. 7º); e a preservação intencional do papel educativo do ACS.

Um caso emblemático aplicado nas capacitações que estão sendo realizadas com os enfermeiros da APS demonstra a necessidade de uma abordagem integrada: o acompanhamento de pacientes diabéticos, idosos com mobilidade reduzida durante ajustes de esquema terapêutico. Nesse contexto, a aferição de glicemia pelo ACS opera como ferramenta estratégica que simultaneamente otimiza a continuidade do cuidado (respeitando o princípio da longitudinalidade proposto por Starfield¹¹), reduz a sobrecarga da equipe técnica, mantém o vínculo territorial e alinha-se aos princípios da educação permanente em saúde¹⁵, sem descaracterizar as atribuições originais do ACS.

DESCRIÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO (INSTRUÇÃO NORMATIVA)

A Instrução Normativa foi desenvolvida de modo a descrever em quais situações está prevista a execução dos procedimentos técnicos de aferição da pressão arterial, medição da glicemia capilar, aferição da temperatura axilar e verificação antropométrica pelo ACS no município de Campo Grande - MS.

Foi dado destaque a obrigatoriedade da conclusão do curso técnico para fins de desempenho das atribuições relacionadas ao escopo de práticas ampliado, bem como a disponibilidade de equipamentos adequados. Da mesma forma, buscou-se enfatizar que todos os procedimentos realizados

pelo ACS devem ser discutidos em equipe, oportunizando-se as reuniões de equipe, de modo a qualificar a assistência ofertada e possibilitar um acompanhamento adequado.

Importante ressaltar que a IN como ferramenta de gestão otimiza a atuação dos ACS e orienta as novas atribuições. Ao esclarecer profissionais e equipes sobre critérios e fluxos específicos para o exercício das atribuições relacionadas ao escopo de práticas ampliado, torna-se possível um planejamento adequado sem comprometer o papel educativo do ACS¹⁴.

A IN está em vigência no município de Campo Grande - MS desde a data de sua publicação em janeiro de 2025. Nos meses de abril e maio deste mesmo ano foram realizadas capacitações específicas com os Enfermeiros da APS para esclarecimentos em relação ao documento, onde já foi possível receber um *feedback* positivo da publicação. Vale também destacar que a IN foi apresentada para a equipe técnica do Ministério da Saúde no mês de fevereiro de 2025, e que a partir desta apresentação está servindo de referência para outros estados e municípios.

A seguir, apresentamos a IN na íntegra de sua publicação em Diário Oficial do Município de Campo Grande, no dia 20 de janeiro de 2025. Desde então o documento é público, podendo ser acessado por qualquer dispositivo com acesso à internet, sendo possível fazer o *download* para acesso *off-line*¹⁶.

RESOLUÇÃO SESAU N. 863, DE 17 DE JANEIRO DE 2025.

**DISPÕE E APROVA INSTRUÇÃO NORMATIVA
SOBRE PARÂMETROS E CRITÉRIOS PARA
EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES PREVISTAS NO § 4º
DO ART. 3º DA LEI Nº 11.350, DE 2006 PELO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS) DO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS.**

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das competências previstas no Art. 69, VII, da Lei n. 5.793, de 3 de janeiro de 2017, RESOLVE:

Art. 1º Fica aprovado, na forma do Anexo Único à presente Resolução, a Instrução Normativa n. 01/2025 – CRAB/SRAS/SESAU que dispõe sobre

parâmetros e critérios para exercício das atividades previstas no § 4º do art. 3º da Lei nº 11.350, de 2006 pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) do município de Campo Grande/MS.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CAMPO GRANDE-MS, 17 DE JANEIRO DE 2025.

ROSANA LEITE DE MELO
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO ÚNICO À RESOLUÇÃO SESAU N. 863, DE 17 DE JANEIRO DE 2025

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº. 01/2025 – CRAB/SRAS/SESAU

Art. 1º. Para fins de desempenho das atividades de que trata o § 4º do art. 3º da Lei nº 11.350, de 2006, o (a) Agente Comunitário de Saúde (ACS) deverá ter cursado e concluído com aprovação o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

Art. 2º. As atividades previstas nesta instrução poderão ser executadas em toda a extensão da área geográfica de abrangência de concurso do (a) ACS.

Art. 3º. O procedimento de aferição da pressão arterial, poderá ser realizado pelo (a) ACS:

I – Durante a visita domiciliar, em pacientes informados/solicitados pelo (a) médico (a) ou enfermeiro (a) da equipe;

II – Durante a visita domiciliar, em pacientes que reportarem queixas clínicas no momento da visita;

III – Durante a visita domiciliar, em pacientes hipertensos que não tiveram sua pressão arterial aferida no último mês;

IV – Durante a visita domiciliar, em pacientes novos no território, que não se declaram hipertensos, porém relatam história familiar da doença;

V – Em atividades coletivas como grupos de HIPERDIA ou ações de saúde, assistidos por profissional de saúde de nível superior;

§ 1º. Todo procedimento de aferição da pressão arterial realizado pelo (a) ACS no domicílio deverá ser registrado no cartão do (a) usuário (a) caso este (a) seja hipertenso (a) e digitado no sistema de informação vigente no momento da visita ou tão logo que o (a) ACS tenha acesso aos equipamentos/dispositivos tecnológicos necessários ao registro (Ficha de Visita Domiciliar e Territorial);

§ 2º. Mediante a obtenção de valores de pressão arterial alterados, acompanhados de queixas clínicas, o (a) paciente deverá ser encaminhado (a) para avaliação na unidade de saúde. O enfermeiro (a) e/ou médico (a) da equipe poderá orientar os ACS quanto à avaliação da pressão arterial, conforme sistematizado na Instrução de Trabalho SESAU.CENF-IT 02, instituída pela Res. SESAU Nº. 658, de 26/05/2022 (DIOGRANDE N 6654), que padroniza a técnica de aferição de pressão arterial.

Art. 4º. O procedimento de medição da glicemia capilar, poderá ser realizado pelo (a) ACS:

I – Durante a visita domiciliar, em pacientes informados/solicitados pelo (a) médico (a) ou enfermeiro (a) da equipe;

II – Durante a visita domiciliar, em pacientes **diabéticos** diagnosticados que reportarem queixas clínicas no momento da visita;

III – Durante a visita domiciliar, em pacientes diabéticos diagnosticados que não tiveram sua glicemia capilar medida no último mês;

IV – Em atividades coletivas como grupos de HIPERDIA ou ações de saúde, assistidos por profissional de saúde de nível superior;

§ 1º. Todo procedimento de medição da glicemia capilar realizado pelo (a) ACS no domicílio deverá ser registrado no cartão do (a) usuário (a) caso este (a) seja diabético (a) e digitado no sistema de informação vigente no momento da visita ou tão logo que o (a) ACS tenha acesso aos

equipamentos/dispositivos tecnológicos necessários ao registro (Ficha de Visita Domiciliar e Territorial);

§ 2º. Mediante a obtenção de valores de glicemia capilar alterados, acompanhados de queixas clínicas, o (a) paciente deverá ser encaminhado (a) para avaliação na unidade de saúde. O enfermeiro (a) e/ou médico (a) da equipe poderá orientar os ACS quanto à avaliação da glicemia capilar, conforme sistematizado na Instrução de Trabalho SESAU.CENF-IT 06, instituída pela Res. SESAU Nº. 658, de 26/05/2022 (DIOGRANDE N 6654), que padroniza a técnica de verificação de glicemia capilar.

Art. 5º. O procedimento de aferição de temperatura axilar, poderá ser realizado pelo (a) ACS:

I – Durante a visita domiciliar, em pacientes informados/solicitados pelo (a) médico (a) ou enfermeiro (a) da equipe;

II – Durante a visita domiciliar, em pacientes que reportarem **febre** no momento da visita;

§ 1º. Todo procedimento de aferição de temperatura axilar realizado pelo (a) ACS no domicílio deverá ser digitado no sistema de informação vigente no momento da visita ou tão logo que o (a) ACS tenha acesso aos equipamentos/dispositivos tecnológicos necessários ao registro (Ficha de Visita Domiciliar e Territorial);

§ 2º. Mediante a obtenção de valores de temperatura alterados, acompanhados de queixas clínicas, o (a) paciente deverá ser encaminhado (a) para avaliação na unidade de saúde. O enfermeiro (a) e/ou médico (a) da equipe poderá orientar os ACS quanto à avaliação da temperatura corporal, conforme sistematizado na Instrução de Trabalho SESAU.CENF-IT 04, instituída pela Res. SESAU Nº. 658, de 26/05/2022 (DIOGRANDE N 6654), que padroniza a técnica de aferição de temperatura corporal.

Art. 6º. O procedimento de verificação antropométrica, poderá ser realizado pelo (a) ACS:

I – Usuários crianças de 0 a 11 anos:

§ 1º. No domicílio: crianças em acompanhamento pela equipe por desnutrição, baixo peso, sobrepeso ou obesidade;

§ 2º. No domicílio: crianças indicadas pelo (a) médico (a), enfermeiro (a) da equipe ou profissional da equipe e-Multi;

§ 3º. No domicílio: em visita domiciliar de rotina, mediante observação própria do (a) ACS onde verifica-se possível alteração na curva de crescimento da criança (peso ou estatura);

§ 4º. Em atividades coletivas em escolas, EMEIS ou outros equipamentos sociais, em ações do Programa Saúde na Escola, ou outras atividades da equipe, assistidos por profissional de saúde de nível superior.

II – Usuários adolescentes, adultos, idosos e gestantes:

§ 1º. No domicílio: usuários em acompanhamento pela equipe por condições que podem causar perda de peso (p.ex. tuberculose, câncer, diabetes descompensado, transtornos nutricionais, síndromes metabólicas, etc);

§ 2º. No domicílio: usuários indicados pelo (a) médico (a), enfermeiro (a) da equipe ou profissional equipe e-Multi;

§ 3º. No domicílio: em visita domiciliar de rotina, mediante observação própria do (a) ACS onde verifica-se a necessidade de verificação do peso ou estatura;

§ 4º. Em atividades coletivas como grupos de HIPERDIA ou ações de saúde, assistidos por profissional de saúde de nível superior. O enfermeiro (a) e/ou médico (a) da equipe poderá orientar os ACS quanto à verificação do peso corporal e estatura, conforme sistematizado nas Instruções de Trabalho SESAUCENF-IT 08 e 09, instituídas pela Res. SESAUCENF Nº. 658, de 26/05/2022 (DIOGRANDE N 6654), que padronizam a técnica de verificação do peso corporal e as técnicas de avaliação antropométrica.

Art. 7º. Os resultados das aferições de pressão arterial, medições da glicemia capilar, aferições de temperatura axilar e verificações antropométricas realizadas pelo (a) ACS devem ser discutidos com a equipe de trabalho (enfermeiro, médico e cirurgião-dentista), nos momentos de reunião para determinar as condutas e acompanhamentos adequados. O planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS, pelos profissionais de nível superior da equipe, está previsto na Portaria Nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

Art. 8º. Os (as) ACS que tiverem concluído o curso técnico deverão ampliar seu escopo de práticas na prevenção e controle das doenças e agravos, conforme as recomendações desta Instrução Normativa, mediante a disponibilidade dos equipamentos adequados.

Art. 9º. Caberá ao Enfermeiro Instrutor/Supervisor dos ACS, proporcionar qualificação periódica para que os (as) ACS diplomados como técnicos possam utilizar os equipamentos disponíveis e realizar os procedimentos necessários com aptidão e habilidade, conforme estabelecido pela Resolução SESAU Nº. 573, de 7 de dezembro de 2020.

Art. 10º. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

CAMPO GRANDE-MS, 17 DE JANEIRO DE 2025.

ROSANA LEITE DE MELO

Secretária Municipal de Saúde

DISCUSSÃO

A IN materializa o conceito de tecnologia leve-dura¹⁷, ao formalizar processos sem perder a flexibilidade necessária para o trabalho territorial. Como produto técnico do PROFSAÚDE, possibilitou organizar fluxos através da institucionalização de critérios para procedimentos, preservando a autonomia do ACS e da equipe na identificação de situações específicas que justifiquem tais práticas. Além disso, evita a redução tecnicista do papel do ACS, mantendo seu caráter educativo¹⁸, ao vincular procedimentos a contextos clínicos definidos, nunca como atividades isoladas. Assim, equilibra a dimensão técnica (protocolos) e relacional (vínculo),

conformando-se como uma tecnologia que transcende equipamentos, incluindo a invenção cotidiana de práticas pelos trabalhadores¹⁷.

Importante destacar a maior segurança proporcionada pela normatização, pois a IN estabelece critérios para a verificação antropométrica infantil, atividade que 50,9% dos ACS já dominam¹⁴, mas que carece de padronização para garantir qualidade dos dados e integração com programas como Saúde na Escola. Neste mesmo sentido, a IN surge em um contexto em que apenas 27,7% dos ACS relatavam dominar a aferição de glicemia¹⁴, demonstrando que a formação técnica, por si só, não garante a aplicação segura dessas práticas. Ao estabelecer critérios claros, a IN reduz variações na execução, proporciona segurança jurídica e clínica e alinha-se ao propósito do PROFSAÚDE de traduzir conhecimento em tecnologias para o SUS.

A referida normativa opera como ferramenta de governança clínica¹⁹, reduzindo assimetrias entre equipes ao padronizar práticas e minimizar conflitos sobre o que o ACS pode ou não fazer. Otimiza ainda o uso de recursos ao evitar encaminhamentos desnecessários, fortalecendo a resolutividade na APS¹¹. Também concretiza o princípio da EPS¹⁵, transformando o conhecimento adquirido no "Saúde com Agente" em ação prática no território.

Os 89,9% dos ACS que responderam ser importante o estabelecimento de critérios ou fluxos para a realização dos procedimentos descritos refletem precisamente a lacuna preenchida pela IN, alinhando-se à necessidade de protocolos que não engessem, mas orientem.

Contudo, a implementação da IN enfrenta desafios importantes. Há dependência de infraestrutura adequada, incluindo disponibilidade de equipamentos e capacitação contínua dos enfermeiros supervisores. Outro risco relevante é a burocratização do processo, o grande desafio será manter a IN como instrumento dinâmico, passível de revisões periódicas baseadas em avaliações contínuas. Afinal, como qualquer tecnologia em saúde, requer avaliação e monitoramento constante para não se tornar uma publicação teórica sem uso^{20,21}, mas sim uma ferramenta viva de transformação das práticas na APS.

Esta construção coletiva, que partiu da percepção dos ACS até sua formalização como política municipal, exemplifica como o PROFSAÚDE cumpre seu papel de articular formação profissional e necessidades concretas do SUS, gerando tecnologias que qualificam a gestão e a assistência. A IN não apenas regulamenta, mas dá vida às diretrizes nacionais no cotidiano dos serviços, demonstrando o potencial transformador do mestrado profissional quando dialoga com as reais demandas dos territórios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IN desenvolvida neste estudo representa um avanço significativo na qualificação do trabalho do ACS, ao estabelecer critérios claros para a ampliação segura de seu escopo de práticas. Ao harmonizar formação técnica, necessidades do território e diretrizes do SUS, a IN não apenas responde a uma demanda concreta dos serviços, mas também se configura como modelo de tecnologia leve-dura aplicável a outros contextos, reforçando o papel do PROFSAÚDE na produção de ferramentas para a gestão e assistência na APS.

Podemos concluir que a IN proporciona um equilíbrio entre as novas competências técnicas e o papel comunitário do ACS, ao vincular procedimentos a situações clínicas bem definidas. Dessa forma, preserva-se a essência territorial e educativa desse profissional, fundamental para a organização dos serviços de saúde na comunidade.

Como próximos passos, recomenda-se o monitoramento contínuo da implementação da IN, com avaliação de impacto sobre a resolutividade das equipes e a satisfação dos ACS na utilização da normativa, além da ampliação de capacitações para enfermeiros supervisores. A experiência demonstra que a normatização de práticas ampliadas, quando articulada à EPS e à governança clínica, pode transformar desafios operacionais em oportunidades de fortalecimento da APS.

REFERÊNCIAS

1. PROFSAÚDE – Mestrado Profissional em Saúde da Família. Regimento interno do Programa PROFSAÚDE [Internet]. Brasília: PROFSAÚDE; 2024 [citado 16 maio 2025]. Disponível em: https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/regimento_interno_do_profsaude_-_2024.pdf

2. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso técnico em agente comunitário de saúde – ACS: diretrizes e orientações para a formação. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
4. Bornstein VJ, et al. Desafios e perspectivas da Educação Popular em Saúde na constituição da práxis do Agente Comunitário de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014;18:1327-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Jjvb5zhG7R9FpnbyR3NJdFS/>
5. Silva CA, Rocha IQ, Siqueira MCG, Modesto MSÁ, Silva FP, Costa AMF. Formação técnica do agente comunitário de saúde: desafios e conquistas da Escola Técnica de Saúde do Tocantins. *Trab Educ Saude*. 2009;7(3):609-21. doi:10.1590/S1981-77462009000300014.
6. Brasil. Portaria MS nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020. Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*. 2020.
7. Kolling AF, et al. Avaliação do processo de aprendizagem no ambiente virtual do Programa Saúde com Agente. *Trab Educ Saude*. 2024;22:e02498241. doi:10.1590/1981-7746-ojs2498.
8. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Resultados da Turma 1 - Programa Saúde com Agente [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2024 [citado 08 nov. 2024]. Disponível em: <https://maissaudecomagente.ufrgs.br/saude/turma-1/>
9. Brasil. Portaria de Consolidação nº 2 – Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2017; Edição 190, Seção 1, Suplemento: p. 61.
10. 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 [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 2018 [citado 10 jul. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13595.htm
11. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
13. Morosini MVGC. A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003–2005 [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2009. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/4173>
14. Giugliani C, et al. Habilidades dos agentes comunitários de saúde: análises com estudantes do curso técnico do Programa Saúde com Agente. *Rev APS*. 2023;26:e262342466.
15. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cienc Saude Colet*. [Internet]. 2005;10(4):975-86. doi:10.1590/S1413-81232005000400020.

16. Campo Grande. Resolução SESAU nº 863, de 17 de janeiro de 2025. Dispõe e aprova Instrução Normativa sobre parâmetros e critérios para exercício das atividades previstas no § 4º do art. 3º da Lei nº 11.350, de 2006, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) do município de Campo Grande/MS. DIOGRANDE. 2025; nº 7.791, Parte I: p. 1–2. Disponível em: https://diogrande.campogrande.ms.gov.br/download_edicao/eyJjb2RpZ29kaWEiOi5NjA1In0%3D.pdf

17. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2002.

18. Riquinho DL, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2018;16(1):163-82. doi:10.1590/1981-7746-sol00086.

19. Gomes R, Lima VV, Oliveira JM, Schiesari LMC, Soeiro E, Damázio LF, et al. A polissemia da governança clínica: uma revisão da literatura. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2015;20(8):2431-9. doi:10.1590/1413-81232015208.11492014.

20. Silva SN, Mello NF, Ribeiro LR, Silva RE, Cota G. Implementação de tecnologias em saúde no Brasil: análise de orientações federais para o sistema público de saúde. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2024;29(1):e00322023. doi:10.1590/1413-81232024291.00322023.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação de impacto das políticas de saúde: um guia para o SUS [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.